

CONSIDÉRATIONS
SUR LA
SYMPHYSÉOTOMIE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 12 Juillet 1894

PAR

Justin-Jean-Baptiste DEFRANOULD

Né le 23 novembre 1867, au Syndicat de Saint-Amé (Vosges)

Examinateurs: { MM. HERRGOTT, président.
GROSS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND
Passage du Casino

1894

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

SYMPHYSÉOTOMIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 12 Juillet 1894

PAR

Justin-Jean-Baptiste DEFRANOULD

Né le 23 novembre 1867, au Syndicat de Saint-Amé (Vosges)

Examineurs: {

MM. HERRGOTT, président.
GROSS, professeur.
VAUTRIN, agrégé.
REMY, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND

Passage du Casino

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I Q.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I Q, TOURDES O *, I Q. COZE *, I Q,
V. PARISOT *, I Q, HERRGOTT *, I Q, HECHT *, I Q, BEAUNIS *, I Q.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I Q, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A Q, agrégé, chargé du cours
Physiologie.....	M. RENÉ, A Q, agrégé, chargé du cours

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. N.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A Q, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A Q, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN A Q, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours
Accouchements.....	M. REMY, A Q, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A Q.	MM. SIMON, A Q.	MM. HAUSHALTER.
RENÉ, A Q.	REMY, A Q.	FÉVRIER.
VAUTRIN A Q.	P. PARISOT, A Q.	PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I Q, ROHMER, A Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, S, A Q, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection profonde.

A MES FRÈRES ET SOEUR

A MON PREMIER MAITRE

M. L'ABBÉ E. GÉRARD

AU D^r L. GAILLEMAIN

Amitié sincère

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

PROFESSEUR D'ACCOUCHEMENTS

Hommage respectueux.

DIVISION

Nous avons adopté pour plan de notre thèse de doctorat la division suivante :

- I. — *Historique ;*
 - II. — *Procédés opératoires ;*
 - III. — *Suites de l'opération ;*
 - IV. — *Indications et contre-indications ;*
 - V. — *Comparaison entre les résultats obtenus par
la Symphyséotomie et ceux obtenus par
les autres méthodes précédemment em-
ployées ;*
 - VI. — *Observations ;*
 - VII. — *Conclusions ;*
 - VIII. — *Quelques statistiques ;*
-



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547417_0066

DÉFINITION

La Symphyséotomie, appelée aussi Pubiotomie, Synchondrotomie, Opération de la Symphyse, est la section de l'articulation pubienne ou des branches osseuses qui concourent à sa formation, dans le but d'agrandir les diamètres du bassin, pour permettre ou faciliter l'accouchement dans les cas de sténose pelvienne.

(BOUCHACOURT, Dictionnaire des sciences médicales.)

AVANT-PROPOS

C'est à la suite d'une opération de symphyséotomie pratiquée à Nancy par M. le Professeur agrégé Remy, à la Maternité de Nancy, que l'idée nous est venue de nous occuper de ce sujet dans notre thèse inaugurale.

Depuis quelques années en effet, cette vieille opération française, après être restée dans l'oubli pendant plus d'un demi-siècle, reprend un nouvel essor, et est redevenue une opération vraiment chirurgicale et obstétricale, grâce surtout aux efforts de MM. Pinard et Farabœuf, pour la ressusciter et la réhabiliter, preuves à l'appui, des accusations plus ou moins fondées dont ses détracteurs s'étaient servis pour la faire tomber.

En effet, M. Pinard, dès le 7 décembre 1891, dans sa leçon publique, proclamait devant un grand nombre d'accoucheurs : « que c'était chose, mûrie, pesée, délibérée, qu'il fallait reprendre la symphyséotomie, qu'il y était fermement résolu, et qu'il attendait armes en main et plein de confiance ».

Dès le 4 février, il pratiquait une première symphy-

séotomie et d'autres nombreuses suivirent, pratiquées soit par lui soit par ses élèves.

Aussi, pouvait-il dire à Rome, au mois d'avril dernier :

« Messieurs, lorsque le 7 décembre 1891 j'exposais
 « les raisons et les faits qui m'engageaient à rentrer dans
 « la voie indiquée par Sigault, où l'école de Naples, et en
 « particulier son illustre représentant le Professeur
 « Morisani, obtenaient de si beaux résultats, je m'appuyais
 « aussi et surtout sur des recherches expérimentales et
 « anatomiques, entreprises par le Professeur Farabœuf et
 « son collègue et le mien M. le Dr Varnier, professeur
 « agrégé.

« Depuis cette époque nous n'avons cessé de recher-
 « cher et d'observer, et aujourd'hui je vous apporte le
 « résumé de nos études cliniques, anatomiques et expéri-
 « mentales. »

Et quel enseignement cet exposé, comme il montre bien les avantages réels de cette opération et son innocuité à peu près sûre !

Nous nous proposons donc de donner dans notre thèse quelques considérations sur cette question de la symphyséotomie, sans vouloir la pénétrer à fond, car dans ces quelques années, de nombreux travaux particuliers ont paru sur ce sujet, nous tâcherons d'en tirer

les conclusions qui paraissent découler le plus justement de l'état actuel de la question.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de présenter nos respectueux remerciements à M. le Professeur Herrgott, pour le grand honneur qu'il nous fait en daignant accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis d'assurer nos Maîtres et Professeurs de la Faculté de Nancy de notre gratitude et de notre reconnaissance, pour leur précieux enseignement et l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant le cours de nos études.

HISTORIQUE

Sans remonter jusqu'à Hippocrate, ni aux anciens médecins arabes, qui avaient l'habitude de séparer les pubis des jeunes filles dès le moment de leur naissance afin d'agrandir l'ouverture du bassin, coutume qui est rappelée par André Vésale, et traitée tout au long ainsi que les anciennes données dans la thèse inaugurale de M. le docteur Desforges, intitulée « Recherches historiques et critiques sur la Symphyséotomie » ; dans l'historique abrégé de cette opération, on peut dire néanmoins que c'est cette vieille théorie de l'écartement des os du bassin dans l'accouchement qui lui a donné naissance.

Cette théorie, admise dès la plus haute antiquité, et par les médecins de tous les peuples alors civilisés, fut délaissée pendant tout le moyen-âge, mais déjà en 1579, Jacques d'Amboise commença à la faire revivre et à la remettre en honneur, par le récit de l'autopsie qu'il fit sur une femme pendue pour infanticide.

Séverin Pineau, son élève, l'exposa ensuite dans son cours d'anatomie, et on peut dire que c'est lui qui le premier en France, eut l'idée de sectionner la symphyse pubienne, afin d'agrandir les diamètres du bassin pour faciliter la sortie du fœtus, en s'appuyant sur l'autorité alors

incontestée de Galien disant que : « Les parties contenant étant moins nobles que les parties contenues, peuvent être, non seulement dilatées, mais même coupées ». Or, il n'est personne, ajoute Pineau, qui ne sache que l'enfant dans la matrice, est plus noble que les os qui composent le bassin (1).

Mais Pineau mourut en 1619 sans oser pratiquer la symphyséotomie dont il avait eu la conception, et depuis sa mort, il nous faut parcourir le long espace de temps de un siècle et demi avant de voir cette idée mise en pratique. C'est en effet à Jean-René Sigault que l'on doit la première symphyséctomie; un mémoire de Louis (De l'écartement des os du bassin, *in* Mémoires de l'Académie de médecine, tome iv, 1768) éveilla son attention, et après plusieurs recherches, il exprimait dans un nouveau mémoire lu à l'Académie de chirurgie le 1^{er} décembre 1768, son opinion de sectionner la symphyse pubienne (2).

Cette opinion, sévèrement jugée en France, eut rapidement un grand retentissement dans toute l'Europe. Repoussé par l'Académie de chirurgie, Sigault fut bien accueilli par la Faculté de médecine et soutint avec succès devant cette dernière, sa thèse intitulée : « *An, in partu, contrà naturam, sectio symphyseos ossium pubis, sectione cæsarea promptior et tutior,* » — thèse soutenue par lui à Angers le 22 mars 1773.

Cette thèse attira l'attention du monde médical et chirurgical ; elle fut défendue et critiquée très vivement.

(1) Pinœus, *Opuscul. physiol. et anat.*, cap. X, lib. II.

(2) Sigault, *Mémoire de l'Académie de chirurgie*, 1^{er} décembre 1768.

Parmi ses défenseurs on peut citer Morand de la Rousière, de Montpellier; Ripping, qui lui indiqua avec précision l'accroissement progressif des diamètres du bassin, à la suite de l'écartement des pubis, d'après les expériences sur des cadavres; Alphonse Leroy, dont nous parlerons tout à l'heure, etc.

Parmi ses adversaires, le plus important fut Jean-Louis Baudelocque, qui fut même la cause de l'oubli dans lequel tomba la symphyséotomie, et qui quoique grand accoucheur, fit subir à l'obstétrique un mouvement d'arrêt, sinon de recul par ses théories. Quant au second adversaire de Sigault, ce fut l'Académie de chirurgie, par pur esprit de contradiction, et par dépit d'avoir vu l'Académie de médecine approuver ce qu'elle croyait devoir repousser.

Mais bien que lancée, la symphyséotomie était toujours à l'état de théorie, et malgré son intention de la pratiquer, ce n'est que quatre ans après la thèse que Sigault eut l'occasion de pratiquer cette opération sur le vivant. Cette première symphyséotomie fut pratiquée le 1^{er} octobre 1777, sur une femme multipare, et mérite d'être relatée ici quoique très succinctement.

Née en 1737, la femme Souhot, eut des convulsions étant en nourrice, puis elle présenta tous les signes du rachitisme; elle marcha seulement à l'âge de 8 ans, et encore avec des béquilles jusqu'à l'âge de la puberté. Mariée en 1768, elle devint enceinte, et accoucha en décembre 1769, d'un enfant mort, dont la tête était aplatie « comme s'il avait été passé à travers une filière. »

En 1771, survient un deuxième accouchement aussi

malheureux. Une troisième grossesse se termina par l'expulsion du fœtus au huitième mois, mais l'enfant succomba pendant le travail. Au quatrième en 1775, Sigault présent proposa la symphyséotomie qui fut repoussée par les chirurgiens et accoucheurs présents ; l'opinion de Levret qui était du nombre, proposant l'extraction naturelle avec version, fut adoptée par les autres, mais après deux heures de tentatives et d'un travail très pénible, on ne put extraire qu'un enfant mort.

Le 30 septembre 1777, il fut appelé de nouveau chez la femme Souchot ; il s'y rendit une première fois à 7 heures du soir, puis revint accompagné de Leroy vers une heure du matin. Ici nous citons textuellement le texte de Leroy pour l'examen des parties : « A l'examen de la femme, qui n'a que 3 pieds 8 pouces (1 mètre 20), on constate une courbure interne des tibias. Le bassin a un diamètre antéro-postérieur de 2 pouces 1/2 (6 centimètres 1/2) ; l'enfant est vivant et se présente par les pieds ; la dilatation est complète, la poche des eaux intacte (1). » Après l'examen, ils préviennent la femme de la difficulté de l'accouchement, et lui font accepter l'opération de la symphyséotomie.

Sans rapporter ici le manuel opératoire qui sera décrit plus loin, nous continuons en rapportant qu'après la section de la symphyse il se produisit un écart de 2 pouces 1/2 (6 à 7 centimètres), et que Leroy retira un enfant vivant. Le pansement fut très simple, charpie sèche, avec

(1) Leroy, *Recherches historiques et pratiques*, 1778.

une serviette comme bandage de corps. L'opération et l'accouchement durèrent moins de 5 minutes.

Les suites de l'opération furent longues et pénibles ; la mère indocile eut plusieurs accidents : suppuration de la plaie, lochies fétides, incontinence d'urine, toutes choses qui irritent la plaie.

Néanmoins le 12^e jour, la plaie se cicatrise un peu, et la partie supérieure de la symphyse commence à se souder.

Le 26^e jour, rechute occasionnée par une bronchite.

Le 28^e jour, la symphyse est soudée ; la malade peut se soulever et aller d'un lit à l'autre en se soulevant sur les coudes et les genoux.

Le 34^e jour, engorgement et abcès du sein gauche qui forcent la mère à mettre l'enfant en nourrice le 37^e jour.

Le 46^e jour, 16 novembre, la femme Souchot peut se lever et marcher dans sa chambre. A partir de ce moment la convalescence marcha rapidement et régulièrement.

Cette opération fit grand bruit, et pendant toute la durée du traitement les polémiques les plus ardentes furent engagées. Les adversaires de Sigault répandirent toutes sortes de bruits et allèrent même jusqu'à faire courir le bruit de la mort de la femme Souchot. Sigault pour les convaincre et réduire leurs dires à néant, présenta la femme Souchot à la faculté de médecine, et publia un nouveau mémoire, à la suite de la lecture duquel le doyen Dessessartz (6 décembre 1777), proposa entre autres motions à l'Académie :

I. — *L'impression du mémoire aux nom et frais de la faculté.*

II. — *Sa distribution aux médecins français et étrangers, aux magistrats, etc.*

III. — *Le don d'un secours de 360 livres à la femme Souchoi.*

IV. — *Le frappage d'une médaille commémorative.*

Le bruit de cette opération se répandit rapidement en Europe, et bientôt la polémique commença, même avant la guérison de la femme Souchoi. La *Gazette d'Utrecht*, alla même jusqu'à retirer à Sigault l'honneur d'avoir découvert et pratiqué la symphyséotomie pour le reporter à Camper (1).

A partir de cette époque la symphyséotomie se pratiqua un peu partout, avec une hardiesse qui donna prise à ses détracteurs, et qui finit par l'entraîner dans le discredit.

Le 4 février 1778, le professeur Gaspard de Siebold (Allemagne) procéda à la deuxième opération de symphyséotomie, sur une femme à bassin rétréci (6 centim. 1/2). La mère se rétablit au bout de 42 jours.

Nous nous contenterons de signaler les opérations pratiquées par Bernard à Saint-Martin-de-Cairon (Artois), le 12 février 1778 ; Desprès de Nemours, à St-Pol-de-Léon, le 21 février 1778 ; de Retz et Lescarde à Arras, le 24 avril 1778 ; de Nagel de Spire ; de Van Damme en 1779 qui retire

(1) *Gazette d'Utrecht*, n° 83, 1777.

l'enfant vivant, etc. ; puis Alphonse Leroy, qui pratique deux symphyséotomies coup sur coup, la première le 18 juillet et la seconde le 24 juillet, opérations dans lesquelles il obtient un double succès qui fait presque oublier Sigault, et le fait le vrai chef des « symphysiens ». Leroy pratiqua encore plusieurs autres opérations en 1784 et 1785, qui furent en partie couronnées de succès ; mais la symphyséotomie avait de nombreux et entêtés adversaires en France, et malgré ses défenseurs dans toute l'Europe, elle ne devait jouir que d'un triomphe passager.

Pendant la Révolution qui bouleverse l'état de choses actuel, la publication des brochures de médecine cesse, les cours sont suspendus, les écoles fermées ; en un mot cette période si importante dans l'histoire de la France, est cependant une période d'arrêt pour toutes les sciences et pour la science médicale en particulier.

Au commencement du XIX^e siècle, alors que la maternité a été créée, on ne trouve plus guère de cas d'opérations de symphyséotomie. On la pratique de moins en moins, et on ne la discute même plus. On ne peut guère citer que les opérations de Dufour (1801) ; Giraud (1803) ; Leroy (1804) et les cas de symphyséotomie répétés deux fois sur la même femme par A. Dubois à la maternité, et Verman-
dois de Bourg.

A part ces quelques partisans, tous sont contre la symphyséotomie, et la repoussent absolument. De 1820 à 1866 on ne trouve que peu de cas ; et si en 1844 on voit la thèse de Lacour, où il décrit l'opération de la pubiotomie par la méthode sous-cutanée, d'après le procédé de M. le professeur Stolz, cette idée reste à l'état théorique, et on

peut dire que la symphyséotomie est morte, du moins pour un temps, et dans le Dictionnaire de Jaccoud (1) à l'article : *Pubis* (Ed. Schwartz), il n'en est fait mention que pour en constater la radiation du cadre des opérations obstétricales.

Mais malgré cet oubli apparent de la symphyséotomie dans presque toute l'Europe, surtout en France, on doit remarquer ce fait que l'Italie l'a soigneusement conservée et particulièrement l'école napolitaine, qui depuis longtemps lui avait donné abri, la pratiquait constamment. Dès 1882, Mangiagalli disait en parlant d'elle : « L'école de « Naples aura le grand avantage d'avoir gardé le feu sacré « d'une idée utile à l'humanité ; ce sera cette école qui « fera sortir la symphyséotomie de l'oubli et la remettra en « honneur. »

Actuellement, cette prophétie est réalisée, et c'est surtout à deux accoucheurs italiens Novi et Morisani, qui en ont toujours été les défenseurs, que cette résurrection a eu lieu. C'est grâce à eux et à la lecture de leurs statistiques que les accoucheurs des différentes cliniques européennes ont remis en vigueur la symphyséotomie en lui appliquant la méthode antiseptique, qui a rendu bénignes bien des opérations considérées comme très dangereuses avant son apparition.

Morisani en effet a publié durant sa longue carrière un grand nombre d'articles où il s'est toujours fait le défenseur acharné de la symphyséotomie.

(1) Jaccoud, *Dictionnaire des sciences médicales*, *Pubis*.

En 1863, il publie une série de conférences sur la symphyséotomie.

En 1867, il fait paraître un long article sur cette opération.

En 1874, il en parle longuement dans une leçon publiée plus tard par le professeur Piretti.

En 1881, au Congrès international de Londres, il fait une communication importante en faveur de cette opération, où il cherche à démontrer ses avantages sur les autres opérations obstétricales, et qu'il termine en disant que la symphyséotomie est une opération qui doit rester dans la pratique obstétricale.

En 1886, au congrès d'obstétrique et de gynécologie, tenu à Rome, il envisage tous les cas de symphyséotomie depuis la première opération d'octobre 1877 à mars 1886. Il divise ces cas en trois tableaux qui donnent les résultats suivants :

1^{re} statistique de 1777 à 1858

Opérations : 80.

<i>Résultats pour les mères..</i>	{	guéries...	52
		mortes...	28
<i>Résultats pour les enfants.</i>	{	vivants...	33
		morts....	45
		incertains.	3

Il y eut une grossesse gemellaire.

2^e statistique de 1866 à 1880

Opérations.....	50
Résultats pour les mères : guéries	40
— — — mortes.....	40
Résultats pour les enfants : vivants.....	41
— — — morts.....	9

3^e statistique de 1881 à 1886

Opérations.....	18
Résultats pour les mères : guéries.....	10
— — — mortes.....	8
Résultats pour les enfants : vivants.....	13
— — — morts.....	5

En 1888, il fait une nouvelle communication où il analyse les résultats de la symphyséotomie, et montre que les objections de ses adversaires ne sont pas toujours fondées.

Le 15 février 1892, il fait une nouvelle conférence sur la symphyséotomie, où il pose ses conclusions en faveur de cette opération.

Tous ces travaux de Morisani et des autres maîtres italiens ne devaient pas rester sans porter de fruits à l'étranger et surtout en France. En effet, dès le mois de décembre 1892, M. le professeur d'accouchements Pinard dans une leçon, après avoir analysé les résultats donnés par l'embryotomie, la basiotrepsie et l'opération césa-

rienne, réagissait contre l'anathème lancé par Baudelocque et se demandait s'il ne valait pas mieux recourir à l'opération de Sigault que de se trouver devant la triste alternative de tuer des enfants bien portants ou de faire courir à la mère les graves dangers de l'opération césarienne.

A partir de cette leçon, la symphyséotomie était ressuscitée en France ; dès le mois de février 1892, M. le professeur Pinard la remet en pratique, et depuis cette époque, il n'a cessé, ainsi que ses collègues MM. Farabœuf et Varnier, de la pratiquer avec un nombre de succès toujours croissant, pour la mère et pour l'enfant ainsi que le montrent les statistiques.

Ressuscitée en France dès les premiers jours de 1892, la symphyséotomie renaît en Allemagne le 29 avril, en Autriche le 4 août, en Russie le 4 septembre, en Amérique le 30 septembre, en Angleterre le 22 novembre et fait le tour du monde dans moins d'une année. Les opérations se répètent chaque jour plus souvent et dans le court espace de 15 mois, de février 1892 à mars 1893, M. le professeur Varnier arrive à collectionner 75 cas de symphyséotomie, ainsi répartis entre les différents pays, sans compter ceux opérés en Italie :

France	42
Etats-Unis.....	12
Allemagne.....	7
Autriche.....	7
Russie.....	4
Angleterre	2
Canada	1

Aussi, on peut le dire actuellement, la symphyséotomie, après avoir été condamnée au commencement de ce siècle et être restée confinée pendant longtemps à l'école de Naples, est aujourd'hui sortie du tombeau et a définitivement triomphé de ses détracteurs.

Mais cette résurrection de la symphyséotomie en France, est surtout l'œuvre de M. le professeur Pinard, dont l'influence et la haute autorité ont été prépondérantes.

En effet, comme nous le disons dans notre avant-propos, dès le 7 décembre 1891, M. Pinard déclarait qu'il fallait reprendre la symphyséotomie, et qu'il avait en elle une parfaite confiance.

Depuis cette époque, il n'a cessé partout de prôner et de donner des preuves expérimentales de la valeur de cette opération, et avant d'opérer, il s'était appuyé sur les expériences anatomiques de ses collègues Farabœuf et Varnier.

Aussi, quels résultats la symphyséotomie appliquée rationnellement avec les précautions voulues, ne donne-t-elle pas entre ses mains et celles de ses élèves, les docteurs Varnier, Lepage, Vallich et Potocky !

Chaque année ses statistiques sont meilleures, et l'on peut dire qu'il n'enregistre que des succès, et que les cas de mort pour la mère et pour l'enfant sont dus à des causes étrangères à la symphyséotomie. Aussi est-il heureux lorsqu'il met en comparaison devant les membres du congrès de Rome, en avril 1894, les résultats qu'il a obtenus avec la symphyséotomie et ceux qu'il obtenait précédemment par l'accouchement prématuré, le moins mau-

vais des procédés d'intervention antérieurement employés. En effet, en 1890-1891, sur 64 femmes enceintes, il obtient le résultat de 97 vivants et 32 morts. — Avec l'accouchement provoqué, en 1892-1893, sur 38 cas de symphyséotomie, il a 70 vivants et 6 morts. Et encore, ajoute-t-il, ce n'est là que le résultat apparent, car les 6 morts sont indépendantes de l'opération.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les procédés employés pour pratiquer la symphyséotomie ont varié avec les opérateurs ; mais on peut les ramener à trois principaux, qui sont :

1° *La méthode ancienne à ciel ouvert, dite de Sigault,* à laquelle nous rattacherons le procédé de Leroy qui n'en est qu'une modification.

2° *La méthode sous-cutanée.*

3° *La pubiotomie proprement dite ou symphyséotomie avec section osseuse.*

Outre ces trois procédés principaux que nous allons décrire un peu longuement, nous ne ferons que dire quelques mots sur d'autres procédés qui ont été employés ou proposés par différents opérateurs.

1. — MÉTHODE ANCIENNE A CIEL OUVERT OU DE SIGAULT

Sigault décrit ainsi sa première opération :

« Après avoir fait coucher la femme, les cuisses

élevées et légèrement écartées, j'incisai la peau et la graisse un peu au-dessus du pubis, jusqu'à la commissure des grandes lèvres, ce qui fut peu douloureux ; cette première incision faite, la symphyse, partie insensible, se trouvant à découvert, je pénétrai les muscles pyramidaux et la ligne blanche, et j'introduisis par cette ouverture l'index de la main gauche, le long de la partie interne de la symphyse ; je continuai la section du ligament et du cartilage, qui se trouve très épais au dernier terme de l'accouchement. Aussitôt après la section, il se fit un écartement subit de 2 pouces $1/2$ (6 centimètres 8 millimètres), et je profitai du moment pour introduire la main dans la matrice et percer les membranes de l'enfant dont je saisis aussitôt les pieds que j'amenai au delà. La tête étant encore au-dessus du détroit supérieur, je fis écarter le plus possible les cuisses ; j'engrenai la plus grande portion du pariétal droit dans l'écartement dont les téguments bombèrent. Je fis répondre la bosse pariétale gauche à la partie latérale droite de la bosse du sacrum et, peu après, le reste de la tête franchit l'obstacle et les cuisses furent abaissées ; l'écartement ne se porta plus qu'à 8 lignes ($18^{\text{m}}/^{\text{m}}$) et je fis la délivrance. »

Cette méthode a été généralement suivie par les opérateurs depuis le siècle passé jusqu'à nos jours, avec quelques simples modifications de détail ; aussi, citons-nous le texte même de l'article de Bouchacourt, dans l'article qu'il consacre à la pubiotomie (1) :

« La malade, chloroformée, ce qui favorise un nouvel

(1) Bouchacourt, *Dict. encyclop. des sciences médicales. Pubiotomie*, t. XXVII.

et dernier examen de l'état du bassin, de la situation de l'engagement de la tête ou de toute autre partie qui se présente, la constatation de la marche du travail et du point d'effacement et de dilatation où le col est arrivé, est placée en supination, dans son lit, le siège élevé, les cuisses rapprochées, le pénil soigneusement rasé, la vessie vidée par la sonde qui refoule l'urèthre autant que possible en bas et à droite; le chirurgien, placé à droite de la parturiente, s'assure avec précaution de la saillie des deux épines pubiennes, entre lesquelles est situé l'espace interarticulaire, dont il doit, avant tout, préciser l'origine et la direction. Cela fait (et au besoin un trait d'encre en fixe préalablement le siège), il pénètre de haut en bas, avec un fort scalpel, après avoir commencé l'incision de la peau à 3 centimètres au-dessus du pubis, et la termine à 2 centimètres au-dessous, en évitant le canal de l'urèthre qu'un aide continue d'éloigner en bas et à droite avec le cathéter. C'est à ce moment qu'il est indiqué de détacher la racine gauche du clitoris, en rasant la surface osseuse à laquelle il s'insère, dans toute son étendue, pour le rejeter du côté droit, afin d'éviter les tiraillements, un décollement douloureux ou une déchirure plus ou moins régulière, au moment de l'écartement des os, s'il doit être porté assez loin. Il importe aussi de détacher en haut, en bas et sur les côtés, les insertions de la ligne blanche, celles des muscles pyramidaux, et des faisceaux aponévrotiques qui s'opposeront, pour peu qu'il doive être considérable, si on les laisse intacts, à l'écartement des os. Si quelque vaisseau artériel ou veineux, et ces derniers surtout, sont nombreux au-devant de la

vessie, en bas, vers son col, donne du sang il faut placer sans retard des pinces hémostatiques en nombre suffisant, mais on ne doit pas craindre, au moyen de quelques coups de bistouri de plus, de dégager soigneusement les os de leurs connexions interarticulaires et périphériques. »

Telle est l'opération telle que la décrit Bouchacourt. Lescure, élève de Leroy, dans sa thèse (1), a décrit le procédé suivant, d'après les idées de son maître :

« L'opérateur fera la section de la peau à peu près de
« 9 à 10 lignes (2 à 2 centim. $1/2$) de longueur, puis il
« mettra à nu la synchondrose qu'il aura bien reconnue,
« il commencera la section du cartilage avec beaucoup de
« lenteur, puis le cartilage étant coupé au tiers, il viendra
« achever la section de la peau qu'il prolongera jusqu'au
« clitoris. La section faite, on replace l'instrument tran-
« chant dans la partie du cartilage qu'on a commencé de
« couper, sans s'inquiéter du sang qui s'écoule des petits
« vaisseaux honteux externes. On fait cette section avec
« beaucoup de lenteur et en tâtonnant le cartilage. »

L'opération se faisait en deux temps dans le but d'empêcher la pénétration de l'air dans la division de la symphyse, précaution inutile.

Ce procédé est celui employé de préférence par les opérateurs français, avec quelques petites modifications de détail ; pour les uns on fait remonter plus ou moins haut l'incision cutanée ; pour d'autres la division du carti-

(1) Lescure, *Dissertation sur la section de la symphyse*, Thèse 1803.

lage de la symphyse doit se faire d'arrière en avant, et non d'avant en arrière, dans le but de ménager plus sûrement la vessie et le canal de l'urèthre. Ce procédé à ciel ouvert est celui qui, aujourd'hui, au moment du réveil qui se fait en faveur de la symphyséotomie, paraît avoir le plus de partisans, favorisé que l'on est par les récents progrès de l'antisepsie.

II. — MÉTHODE SOUS-CUTANÉE OU SOUS-MUQUEUSE

Cette méthode décrite pour la première fois en 1834 par Faure-Biguet, élève de Imbert (1), n'a été que l'on sache pratiquée qu'une seule fois par son auteur, et était, paraît-il, connue bien avant qu'il ne la décrivît, puisque d'après Pétrequin, Aitken, chirurgien d'Edimbourg l'aurait pratiquée dès 1780. Quoi qu'il en soit, si la méthode à ciel ouvert est restée française, celle-ci peut être considérée comme italienne, car elle a été presque généralement adoptée dans cette contrée, surtout à Naples, où, d'après l'expression de Bouchacourt « l'opération de la symphyséotomie semble avoir transporté son quartier général.

Voici la manière d'opérer : « La femme est placée sur le bord du lit, le siège convenablement élevé, comme pour la taille sous-pubienne ; deux aides maintiennent les cuisses fléchies et légèrement écartées ; une sonde est

(1) Faure-Biguet, Thèse, n° 233, Paris, 1834.

alors introduite dans la vessie, pour évacuer l'urine et rendre ce viscère moins accessible à l'instrument tranchant, elle est ensuite confiée à un aide qui doit incliner et déjeter le canal de l'urèthre du côté opposé à celui de l'incision, afin de le soustraire à l'action du bistouri.

L'opérateur placé entre les cuisses de la patiente, écarte légèrement les grandes lèvres, avec l'index et le pouce de la main gauche, de manière à tendre la muqueuse du vestibule, qui acquiert par la dépression de l'urèthre, jusqu'à près de trois centimètres de hauteur ; il porte alors la pointe d'un bistouri à rondache au-dessous et en arrière de la symphyse, en la dirigeant en haut et en avant, il divise successivement d'arrière en avant, les parties molles et le cartilage inter-articulaire ; les téguments restent intacts. Rien de plus expéditif que ce mode de symphyséotomie, il ne faut pas deux minutes pour l'exécuter (1).

Carbonai au congrès de Florence (séance du 25 septembre 1841) a proposé le procédé sous-cutané suivant :

« On fait à la peau à 16 lignes au-dessus du pubis une incision transversale, pour introduire sur la ligne médiane et de haut en bas un ténotôme droit jusqu'au niveau de la sortie inférieure de la symphyse, on applique le tranchant contre les ligaments et l'on opère la section en lui imprimant de légers mouvements de scie. »

« Carbonai avait alors répété nombre de fois cette opération sur le cadavre et l'avait toujours achevée sans difficulté. Il ne lui est non plus jamais arrivé de léser les

(1) Pétrequin, *Bull. therap.*, 1886, tome VI, p. 278.

parties voisines, quoiqu'il se fût abstenu de vider la vessie et de déjeter l'urèthre de côté, au moyen d'une sonde comme l'indiquent tous les auteurs. Malgré l'oubli *volontaire* de ces précautions, il s'est assuré par la dissection que ni le réservoir ni le conduit de l'urine n'avaient été touchés par le bistouri (1). »

Piccini dans un cas heureux commença l'incision extérieure immédiatement au-dessous du clitoris, et fit circuler de bas en haut, sous la peau, un ténotôme légèrement incurvé avec lequel il coupa le fibro-cartilage et les ligaments antérieurs d'avant en arrière et de haut en bas.

Il avait eu soin de mettre la parturiente dans le décubitus dorsal, la tête se trouvant la partie la plus basse, et le bassin soulevé par un fort coussin un peu dur. « On comprend, dit-il, que dans cette position, le poids du fœtus cessant de peser sur les pubis les manœuvres opératoires seront considérablement facilitées (2). »

Ce procédé de Piccini, nous paraît avoir sur celui de Carbonai, l'avantage de faciliter l'application d'un pansement antiseptique, et de mieux se prêter à l'écoulement des liquides sanguinolents ou purulents par l'emploi d'un drain.

III. — PUBIOTOMIE PROPREMENT DITE

La symphyséotomie avec section osseuse, dénommée

(1) Carbonai, *Gazette médicale*, Paris 1842, p. 157.

(2) Piccini, *Lyon médical*, 1874, t. III, p. 222.

pubiotomie par M. le professeur Stoltz, est ainsi décrite par Lacour dans sa thèse (1) :

« Pratiquant une petite boutonnière au mont de Vénus préalablement rasé, au point correspondant à la crête pubienne, à droite ou à gauche de la symphyse, on passe par cette ouverture une aiguille longue et légèrement recourbée, à laquelle on fixe la scie à chaînette, puis on glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis, en rasant l'os et faisant sortir sa pointe à côté du clitoris, entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis. Lorsque l'aiguille a entraîné la scie, on adapte la poignée, puis on tend légèrement la scie entre les deux mains, et quelques mouvements de va-et-vient suffisent à diviser le pubis. Le pubis scié, un écartement spontané a lieu et la pression de la tête ou du corps du fœtus l'augmentera.

Ce procédé de Stolz, avait été appliqué avant lui, accidentellement il est vrai, par Gaspard Siebold, qui, faisant la seconde symphyséotomie, se trouva en présence d'une symphyse ossifiée et eut recours à une scie pour couper le pubis.

Outre ces principaux procédés employés pour la symphyséotomie il faut encore citer pour mémoire le procédé dit *symphyséotomie sous-périostée*. Cette opération très compliquée fut proposée par Christoforis, de Naples, qui prétendait en détachant une partie plus ou moins grande des branches du pubis, élargir le bassin au moment de l'ac-

(1) Lacour, Thèse, Paris, 1844, p. 83.

couchement et en assurer la reconstitution avec la solidité et l'amplitude normale. Cette opération n'a pas eu de succès, et on y a renoncé.

Quant à l'idée émise par Ollier en 1854 et qu'il appelait *symphyséotomie préventive*, elle est toujours restée à l'état théorique. Il proposait de diviser la symphyse pendant la grossesse, et de chercher à obtenir la cicatrisation, avec un degré d'écartement entre les deux pubis suffisant pour permettre l'accouchement. Cette dernière méthode qui n'aurait pu être employée que dans des cas de rétrécissement peu prononcé et ne réclamant par conséquent qu'un écartement peu considérable des pubis, est avantageusement remplacée par l'accouchement prématuré artificiel qui permet d'obtenir un enfant vivant, quoique d'un plus petit volume qu'à terme avec beaucoup moins de danger.

Après avoir décrit ci-dessus les différents modes de symphyséotomie, je ne veux pas m'étendre sur les procédés employés par les opérateurs modernes, qui comme je l'ai dit plus haut semblent tous avoir une préférence marquée pour le procédé dit de Sigault ; je terminerai ce chapitre par ces paroles de M. le professeur Pinard qui décrit ainsi son procédé :

« Je ne repousse pas formellement les instruments
« ostéotomes employés ordinairement. Je crois même
« qu'il est sage et prudent de les avoir à sa disposition.
« Mais j'estime que le simple bistouri à lame courte, solide
« et pourtant assez mince, sera suffisant et sera préféré
« rable dans la majeure partie des cas.

« Toutes les précautions antiseptiques prises, tous les

« instruments chirurgicaux et obstétricaux préparés, je
« placerais la femme dans le décubitus dorsal parfait, au
« bord d'un lit de hauteur modérée, afin de pouvoir la
« dominer de mon regard tombant à pic sur la ligne
« médiane qu'il s'agit d'inciser. Je me placerais à droite
« de la malade très rapprochée de moi.

« Ayant rasé le pubis, et marqué au besoin au cor-
« deau et à la teinture, la ligne médiane sterno-clitori-
« dienne, j'inciserais les téguments et la graisse prépu-
« bienne, attentivement sur cette ligne, en tenant mon
« bistouri incliné, et marchant rigoureusement dans le
« plan vertical médian.

« Une incision de 8 à 10 centimètres me paraît con-
« venir. Elle aboutirait au-dessus du clitoris, et là, seule-
« ment, elle dévierait légèrement, pour épargner cet
« organe et ses vaisseaux.

« Je séparerais alors les muscles droits dans la partie
« supérieure de la plaie pour permettre au doigt d'entrer
« dans la cavité prévésicale, de protéger la vessie et de
« sentir le bourrelet. Alors ayant repris notion nette de la
« ligne médiane, j'inciserais la symphyse du haut en bas
« et d'avant en arrière par plusieurs traits de bistouri.

« Si j'en juge par le cadavre, quand la symphyse est
« coupée, les pubis s'écartent un peu d'eux-mêmes. Au
« besoin je ferais solliciter cet écartement par deux aides
« agissant sur les cuisses.

« Je réserverais le ligament sous-pubien pour la fin, je
« n'y porterais la pointe qu'avec réserve, j'essaierais de le
« forcer avec le doigt. Je ne m'arrêterais qu'après avoir
« pu passer à l'aise le doigt entre les pubis dans toute

« leur hauteur ; et même, je voudrais alors, avant toute
« tentative obstétricale, m'assurer en provoquant une
« prudente abduction des cuisses, que la section est com-
« plète, et qu'il ne reste rien en avant dont le fœtus ait à
« triompher par la violence au risque de sa vie ; c'est-à-
« dire que les pubis peuvent s'écarter de 5 à 6 centi-
« mètres.

« Après m'être assuré ainsi que les pubis sont libres,
« que les ligaments antérieurs sacro-iliaques permettent
« un écartement notable, je remplirais et couvrirais la
« plaie antiseptiquement avec un pansement provisoire
« et je redeviendrais accoucheur. »

Tel est ce que nous jugeons utile de dire dans cet exposé ; nous allons maintenant décrire une modification qui a été proposée dans la symphyséotomie.

Certains opérateurs pour éviter une nouvelle symphyséotomie à la femme opérée, opération qu'une grossesse nouvelle peut et amène fatalement dans certains cas, ont projeté de conserver au bassin les dimensions désirables pour pratiquer l'accouchement sans nouvelle opération.

Parmi ces projets il faut citer d'abord celui des docteurs N. de Phénoménoff et A. de Kotchetkoff (de Kazan). Ce projet consiste à consolider les extrémités des os pubiens à une certaine distance l'un de l'autre en se servant pour cela d'un os intercalé dans l'espace résultant du maintien de l'écartement.

D'après eux cette opération peut se pratiquer de deux manières que nous allons décrire textuellement.

Première méthode.

L'incision serait faite à un doigt au-dessus du bord supérieur du pubis, près de l'épine pubienne mais plus en dehors ; tournée intérieurement vers l'orifice externe du canal inguinal elle serait conduite en demi-bout vers le point opposé (épine pubienne) en observant que la convexité de l'incision soit dirigée vers le bas et qu'elle côtoie le bord inférieur de la symphyse. De cette façon on obtiendrait un lambeau qu'on rejetterait aisément en arrière.

Ensuite en s'écartant du centre de l'articulation pubienne de 20 à 25 millimètres de part et d'autre on trancherait jusqu'à l'os de haut en bas et de dehors en dedans de sorte que les deux incisions viennent se rejoindre au bord inférieur de la symphyse, formant un triangle qui aurait pour base le bord supérieur de la symphyse et dont le sommet toucherait au ligament sous-pubien (fig. 4). En divisant légèrement le périoste à l'aide d'un ciseau ou d'un trait de scie, on formerait un lambeau osseux de forme donnée dont le milieu serait occupé par l'articulation pubienne. C'est ainsi que grâce à cette pubiotomie bilatérale l'intégralité du bassin serait détruite. Le ligament sous-pubien serait alors tranché, ou laissé intact s'il n'empêchait pas les extrémités des os de s'écarter à la distance voulue.

La plaie ayant été fermée par un tampon de gaze iodoformée on procéderait à l'accouchement. Celui-ci terminé, le périoste qui revêt le triangle osseux serait enlevé sur sa demi-longueur, en commençant par le bout infé-

rieur et la base osseuse et cartilagineuse détachée à l'aide d'une cisaille.

L'autre moitié du périoste adhérent viendrait alors recouvrir la surface inférieure du fragment osseux, mise à nu par la section et tout ce trapèze serait intercalé entre les surfaces latérales sciées des os pubiens ; on le pousserait de haut en bas à une demi-hauteur de l'articulation pubienne, préalablement existante, de sorte que le bord supérieur du trapèze viendrait adhérer au niveau de cette demi-hauteur. A la suite de cette opération, les os pubiens s'écarteraient en cet endroit d'une distance de 20 à 25 millimètres dans la largeur à la base de la pièce intercalaire (fig. *b*).

Deuxième méthode

Une incision de la peau et des os analogue à la précédente se pratiquerait aussi en partant des épines pubiennes et des lignes de l'incision dirigées parallèlement de haut en bas, descendraient à une demi-hauteur de l'articulation pubienne. Leurs extrémités s'uniraient à ce niveau par une incision transversale. Il en résulterait un quadrilatère dont les côtés longs et parallèles auraient de 40 à 45 millimètres et les côtés plus courts égaleraient la demi-hauteur de l'articulation pubienne (fig. *c*). Ce lambeau serait retroussé, et la symphyséotomie, exécutée comme d'habitude, se ferait dans la partie inférieure de l'articulation pubienne.

La plaie serait recouverte de gaze iodoformée.

L'accouchement achevé, le lambeau osseux de la

partie supérieure serait descendu et posé entre les bouts écartés de la partie inférieure de l'articulation pubienne (fig. *d*). Le tissu cartilagineux adhérent à la surface de l'extrémité des os pubiens aurait été enlevé, afin que les surfaces fraîches du lambeau osseux adhèrent aux surfaces osseuses de l'articulation pubienne.

Pour retenir le lambeau osseux à sa place nouvelle, on y poserait soit une suture métallique, en fil d'archal, soit en rapprochant les parties désignées à l'aide de petits clous employés dans les réunions osseuses, soit une suture en catgut ou autre qui serait suffisante.

Les changements amenés dans les dimensions du bassin à la suite de ces opérations seraient les suivants, d'après M. de Phénoménoff. (Voir les deux tableaux.)

Comme appréciation sur ce sujet de modification de la symphyséotomie par n'importe lequel des deux procédés proposés par le docteur de Phénoménoff, nous nous résignons ainsi :

Au point de vue opératoire, aucune difficulté ne se présente ni dans l'incision ni dans la manière d'obtenir les coins osseux, qu'on se serve pour cela du ciseau ou de la scie ; en outre, on ne s'expose non plus à la lésion de n'importe quel organe sérieux.

Mais si quittant le côté purement technique de l'opération, on veut examiner les suites de cette opération au point de vue de la stabilité et de la marche chez les

femmes qui l'auraient subie, la question change de face.

En effet, que va-t-il arriver, sinon un relâchement des symphyses sacro-iliaques? Cette infirmité, si gênante lorsqu'elle se produit accidentellement, avait fait proposer la symphyséotomie avec résection d'une certaine partie des pubis, afin de refaire une symphyse apte à remplir son rôle de véritable ligament antérieur sacro-iliaque.

Or, que veut faire M. de Phénoménoff? Au lieu de chercher à obtenir une réunion complète de la symphyse dans sa position première et par là, la réadaptation complète et intégrale des surfaces articulaires sacro-iliaques, disloquées au vrai mot pendant l'écartement des pubis, il veut intercaler un coin osseux de 20 à 40 ou 45 millimètres, qui maintienne ces extrémités écartées, et par là produira infailliblement un relâchement chronique des symphyses sacro-iliaques, relâchement qui rendra le sacrum mobile, et par suite incapable de transmettre régulièrement le poids du tronc aux membres inférieurs.

Quant aux avantages que peut présenter cette opération pour les accouchements postérieurs, ils sont tellement minimes qu'on peut les considérer comme nuls. En effet, que cherche à obtenir M. de Phénoménoff? Un agrandissement des diamètres du bassin permettant d'éviter une nouvelle symphyséotomie en cas d'accouchement. Y arrivera-t-il? Loin de là. Comme on peut le voir dans les tableaux, le bassin est bien agrandi de quelques *millimètres*, et l'on sait que presque toujours c'est un agrandissement de plusieurs centimètres qu'on est obligé d'obtenir.

Les observations de M. de Phénoménoff portent sur des bassins de plus de 90 millimètres de diamètre promonto-pubien. Mais s'il s'agit de bassins viciés de 70 à 80 millimètres, même avec le second procédé permettant un écart de 40 millimètres, l'agrandissement n'est pas suffisant, puisque comme l'a démontré Farabœuf, pour un bassin de 70 millimètres, une fois la symphyséotomie faite, il faut un écart de 60 millimètres pour l'amener à 93 millimètres, chiffre encore inférieur au diamètre bipariétal normal.

Nous concluons donc que le procédé du docteur de Phénoménoff, sans offrir de difficultés opératoires, est à rejeter, pour les raisons suivantes :

1° Cette opération en provoquant le relâchement chronique des symphyses sacro-iliaques, compromet la stabilité du tronc et la marche.

2° Elle ne permet pas d'obtenir un agrandissement suffisant du bassin pour éviter la répétition de la symphyséotomie dans le cas d'accouchement postérieur.

3° Elle rendrait la symphyséotomie plus difficile à pratiquer si on était obligé d'y recourir et il faudrait faire une véritable pubiotomie.

Donc, pour ces raisons, la symphyséotomie pure et simple est bien préférable sous tous les rapports à l'opération de M. de Phénoménoff, et faut-il écouter les paroles de M. Farabœuf, qui au moment où plusieurs accoucheurs méditaient l'agrandissement permanent du bassin par écart des pubis, a jeté les hauts cris :

« Gardez-vous bien, disait-il à ses élèves, de des-

« serrer ainsi les articulations sacro-iliaques. Si vous
« avez l'imagination inventive, pensez plutôt à les conso-
« lider par un léger raccourcissement de l'arc pubien
« antérieur, à l'imitation du charron qui châtre une vieille
« roue. »

SUITES DE L'OPÉRATION

Une fois la section de la symphyse pratiquée il n'y a plus qu'à terminer l'accouchement, et plus celui-ci se produira facilement, moins les suites de l'opération seront sérieuses ; car le danger de l'opération ne réside pas dans l'incision de la symphyse en elle-même, et les débridements musculaires que l'on fait ; mais bien plus dans les efforts violents que l'on peut être obligé de faire pour extraire le fœtus.

Si certains auteurs disent qu'il faut attendre avec patience et circonspection l'expulsion naturelle en la facilitant par l'écartement des pubis que l'on surveille et modère en soutenant les hanches, par crainte de la rupture des ligaments sacro-iliaques, la plupart ont abandonné cette méthode d'opérer, et ont recours au forceps pour terminer l'accouchement, quand il n'est pas déjà placé au moment de l'opération, comme le conseille M. le Dr Chatelain.

Mais le forceps demande à être appliqué dans ce cas avec beaucoup plus de précautions que dans les cas ordinaires, car il faut éviter en le plaçant de faire de fausses routes ou de créer de nouvelles déchirures.

La version a été aussi souvent employée pour terminer

l'accouchement, mais plus principalement dans les débuts de l'opération.

Pour montrer la fréquence d'emploi du forceps, qu'on nous permette de citer quelques chiffres.

Dans une statistique publiée par M. le Dr Godchaux dans sa thèse, sur 80 cas de symphyséotomie, relevés depuis la première opération de Sigault le 1^{er} octobre 1777 jusqu'au 25 juillet 1858, l'application du forceps a eu lieu 42 fois, la version a été pratiquée 33 fois et dans plusieurs cas les deux moyens ont été employés simultanément.

Sur 48 cas de symphyséotomie pratiqués du 25 août 1887 au 21 octobre 1892 le fœtus a été extrait 29 fois par le forceps et 5 fois seulement par la version.

Dans une statistique plus récente du docteur A. Pinard de Paris, sur 19 opérations pratiquées du 1^{er} février 1892 au 31 mars 1893 à la clinique Baudelocque, on arrive aux résultats suivants :

Sur les 19 femmes opérées, il y a quatre primipares et 15 multipares.

Chez celles-ci :

5 fois la symphyséotomie a été faite comme complément de l'accouchement prématuré.

15 fois elle a eu lieu après la déclaration spontanée du travail.

7 fois elle a été pratiquée après des tentatives infructueuses de forceps, et 12 fois d'emblée.

Sur ces 19 cas, 18 fois l'enfant fut extrait à l'aide du forceps et une seule fois par la version.

Comme résultats, on a les suivants :

19 femmes opérées : — 19 femmes guéries.

19 enfants extraits vivants — 3 morts quelques jours après leur naissance, 16 enfants vivants et bien portants aujourd'hui.

Pour les 3 enfants morts, M. le D^r Pinard n'impute pas le décès à la symphyséotomie.

Le premier est mort d'hémorrhagie provoquée par fracture du pariétal.

Le deuxième est mort sans lésions apparentes. Il était né avant terme, l'accouchement ayant été provoqué trop tôt, suivant son opinion.

Le troisième succomba à une fracture du frontal, due à une application défectueuse du forceps sur la tête qui était très volumineuse.

Au congrès de Gynécologie tenu à Breslau au mois de mai dernier, les accoucheurs allemands sont aussi partisans de déterminer l'accouchement par le forceps, lorsqu'après la section de la symphyse, l'accouchement se prolonge trop longtemps.

Mais avec le forceps, il ne faut pas oublier qu'ici les tractions doivent être modérées et espacées, car en faisant des efforts d'extraction trop prolongés et trop violents, on fait courir un double danger, et au fœtus, et aux articulations sacro-iliaques sur lesquelles porte tout l'effort de distension.

Une fois l'enfant sorti il ne reste plus qu'à faire le pansement de la femme, et il faut se souvenir à ce moment comme le fait remarquer Bouchacourt : « que *la femme en*

couches opérée est tout à la fois une femme récemment accouchée et une patiente, qui vient de subir un traumatisme, et l'un des deux états ne doit pas faire oublier l'autre, mais que tous les deux réclament une égale et sérieuse attention.

Comme pansement on doit avoir recours au pansement antiseptique dans toute sa rigueur. Les auteurs allemands, outre la suture cutanée de la plaie, paraissent partisans de la suture osseuse de la symphyse. M. Zweifel s'exprime ainsi pour la manière qu'il emploie : « Les os
« sont réunis par une suture osseuse ; j'ai d'abord employé
« le fil d'argent, mais ayant eu des cas d'incontinence
« d'urine, je l'ai remplacé par du catgut. La suture osseuse
« sert à fortifier la symphyse et les articulations du bassin ;
« de plus le danger d'une hémorrhagie est moins grand
« qu'avec une simple réunion des parties molles. »

Les opérateurs français se contentent de poser des fils de suture à la peau et de faire un pansement antiseptique, et avec ce procédé, la réunion des pubis par un cal fibreux, se fait aussi rapidement et aussi régulièrement qu'avec une suture osseuse.

Outre le pansement, la femme doit avoir le bassin maintenu par un appareil contentif approprié. De nombreux appareils ont été inventés, quelques-uns très compliqués, mais aucun n'est exclusivement employé. Un simple bandage est suffisant, qu'il soit en diachylon, ou avec un simple drap plié, ou des bandes de tarlatane plâtrées ou amidonnées.

La femme doit garder le lit pendant au moins quatre semaines, dans la position horizontale, pour permettre la

cicatrisation de la symphyse qui se fait beaucoup plus lentement que celle de la plaie cutanée. Lorsqu'elle commencera à se lever, il faudra avoir soin de bien resserrer le bandage du bassin et ne se remettre à marcher que petit à petit avec les plus grandes précautions.

Quant aux accidents opératoires qui peuvent se produire pendant l'accouchement, ils sont nombreux, et l'opérateur doit toujours les avoir présents à l'esprit ; car s'ils ne sont pas tous inévitables, beaucoup peuvent être prévenus si on les a prévus ; mais ils peuvent se produire entre les mains des meilleurs opérateurs. Outre le déchirement et la contusion des organes génitaux internes et externes, on a observé des lésions du canal de l'urèthre, la déchirure ou l'ulcération d'une partie de la vessie, ou sa hernie à travers les pubis non réunis. Le déchirement des symphyses sacro-iliaques, la suppuration de ces symphyses ont été aussi observés. Les autres accidents, comme péritonite, procidence ou rupture de l'utérus, phlébite, etc., se rencontrent aussi, mais ne sont que des accidents généraux de la pathologie puerpérale, et lorsqu'ils sont survenus dans des cas de symphyséotomie on ne peut dire que l'opération en a été la cause.

Aussi à côté de ces phrases par lesquelles Murat termine son article sur la symphyséotomie, après avoir fait un tableau très sombre des accidents qui se produisent : « Quoique le tableau de ces accidents ait été tracé en « partie d'après l'inspection du cadavre des femmes qui « ont succombé à cette opération, on manquerait d'exactitude, si on disait qu'ils sont tous déterminés par la « symphyséotomie ; ils peuvent lui être étrangers et

« dépendre de la longueur du travail, de la position de
« l'enfant, du mode d'accouchement, des efforts nécessaires
« pour le terminer, etc., et il ne faut pas proscrire une
« opération parce qu'elle a été quelquefois mal pratiquée. »

On peut citer l'opinion plus récente de M. Pinard qui, au mois d'avril dernier, s'exprimait ainsi :

« Je n'ai constaté d'accidents dans aucun cas, pendant
« la section et l'agrandissement du bassin. Les hémorrha-
« gies veineuses en nappe que l'on constate assez souvent
« après la section de l'arcuatum ont toujours été arrêtées
« à l'aide d'un simple tamponnement avec une éponge. »

Pendant l'extraction du fœtus, il a eu plusieurs fois des déchirures de la paroi antérieure du vagin, mais peu étendues et se réunissant par première intention. Une seule fois il a constaté de l'incontinence d'urine, qui a cédé à un traitement électrique. Chez toutes les opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent se lever et marcher en moyenne vers le vingtième jour.

Ainsi qu'on le voit, ce tableau si sombre fait par les anciens auteurs des accidents opératoires pouvant survenir à la suite de la symphyséotomie, ne doit pas épouvanter aujourd'hui les opérateurs, car ils peuvent les éviter en grande partie, en prenant les précautions nécessaires et surtout en employant rigoureusement la méthode antiseptique.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Dans ce chapitre des « indications et contre-indications de la symphyséotomie, » nous n'avons pas pour intention de donner des règles précises des cas dans lesquels cette opération doit se pratiquer ; nous voulons au contraire donner les opinions des différents auteurs qui ont traité cette question et montrer les conditions d'après lesquelles suivant eux, on peut la pratiquer.

Sigault et Leroy, voulant à tout prix remplacer l'opération césarienne par la symphyséotomie, n'ont pas cherché à préciser les limites inférieures de rétrécissement du bassin d'une manière expérimentale. Néanmoins Sigault se refusait à pratiquer la symphyséotomie dans les cas où le bassin n'offrait pas au moins 2 pouces $1/2$ (67 millimètres) dans son plus petit diamètre, sans préciser lequel. Leroy lui allouait jusqu'à 5 centimètres 6 millimètres, mais seulement pour le cas où le fœtus était mort afin de faciliter l'accouchement, car dit-il, on peut donner passage à la tête du fœtus, après la section de la symphyse, à travers tout bassin, quel que soit son degré de rétrécissement ; opinion certainement exagérée mais qui se comprend dans la bouche d'un novateur qui voulait faire triompher sa méthode, et avait à lutter contre tous les maîtres de l'époque ou peu s'en faut.

Baudelocque, quoique adversaire acharné de la symphyséotomie la trouve pourtant supérieure à l'opération césarienne dans les cas où le plus petit diamètre du bassin au détroit supérieur dépasse 2 pouces et demi (68 millimètres).

Gardien et Murat sont déjà plus explicites sur les conditions à réunir, pour que la symphyséotomie donne un avantage réel à l'accouchement par les voies naturelles sur l'opération césarienne, et les premiers insistent sur ce point qu'à rétrécissement égal, la symphyséotomie donne de meilleurs résultats lorsque le rétrécissement a lieu dans le diamètre transversal que dans le diamètre antéro-postérieur, car, disent-ils, un rétrécissement même extrême des diamètres transverses n'exige qu'une faible déduction, et l'agrandissement de ces diamètres est presque égal à l'écartement des deux pubis.

Mme Lachapelle, est aussi de cet avis ; et c'est surtout dans les cas où le diamètre transversal est vicié que la séparation des deux pubis peut être utile car dans ce cas, presque toute l'étendue de leur écartement est utilisée à augmenter ce diamètre ; tandis que dans les cas où le diamètre antéro-postérieur est trop étroit, on n'obtient que peu d'ampliation malgré un écartement considérable.

Velpeau comme dimensions, exige que le plus petit diamètre du bassin ait au moins 2 pouces et demi (67 millimètres) et préfère encore les rétrécissements transversaux ou obliques.

Dubois veut que le plus petit diamètre ne soit pas inférieur à 2 pouces 7 lignes (69 millim.).

Désormeaux et Dubois Paul, dans le *Dictionnaire de*

médecine admettent aussi ces limites si l'on veut avoir des chances de succès.

Lenoir et Varnier disent que : La symphyséotomie est rationnelle quand un allongement d'un centimètre et demi suffit pour que la tête franchisse le diamètre antéro-postérieur, mais que dans tous les cas où il faut obtenir un allongement supérieur l'opération est formellement contre-indiquée, car dans ces cas elle produirait sûrement de graves lésions des articulations sacro-iliaques.

M. Bouchacourt, dans l'article sur la *Pubiotomie* du *Dictionnaire des Sciences médicales*, s'exprime ainsi sur les rétrécissements antéro-postérieur ou sacro-pubien : « Malgré tout ce qui a été fait ou présenté à l'Ecole obstétricale de Naples, il reste néanmoins difficile d'établir « d'une manière précise, quelles sont les limites du rétrécissement pelvien indiquant au juste la symphyséotomie. On peut cependant, sans crainte de trop s'avancer, « les fixer entre 65 millimètres dernière limite en moins, « et 80 à 85 millimètres en plus, en admettant que l'enfant « soit vivant et présumé d'un volume ordinaire. »

Pour les rétrécissements des diamètres transversaux, il est encore plus explicite et s'exprime ainsi : « Quant aux « rétrécissements dans le sens transversal ayant leur siège « dans l'excavation, et plus encore au détroit inférieur « (bassin en entonnoir, bassin cyphotique), ils réclament « avec plus d'avantage la section pubienne que le rétrécissement antéro-postérieur ; un allongement considérable de la symphyse (4, 5 ou 6 centimètres), ce qui est « assez rare, il faut en convenir, avec étroitesse prononcée « de l'arcade pubienne (bassin barré) se trouve dans le « même cas. »

Dans les cas de bassin généralement rétréci de Stein de Nœgel, il est aussi partisan de la symphyséotomie à condition « qu'il s'agit d'une réduction faible de tous les « diamètres, cette réduction ayant une influence beau-
« coup plus grave comme obstacle à l'accouchement,
« toutes choses égales d'ailleurs, qu'un rétrécissement de
« nature rachitique limité à un des diamètres antéro-
« postérieurs. »

M. le Dr Auvard admet la symphyséotomie dans les cas de rétrécissements de 7 à 9 centimètres, lorsque le fœtus est vivant et « qu'on ne peut cependant, pour le sauver, se résoudre à faire l'opération césarienne ».

M. le Dr Charpentier est partisan de la symphyséotomie dans les bassins de 80 à 67 millimètres, après que le forceps aura échoué, et il ajoute : « Si la symphyséotomie convient aux rétrécissements du bassin portant sur le diamètre antéro-postérieur, elle est indiquée, *bien plus encore*, dans les bassins rétrécis dans le sens transversal et où le rétrécissement porte non seulement sur le détroit supérieur, mais sur l'excavation et le détroit inférieur. »

M. le Dr Chatelain, de Nancy, qui a pratiqué plusieurs fois la symphyséotomie, n'est partisan de cette opération que dans les cas de rétrécissement des diamètres transversaux et encore après avoir essayé sans succès l'extraction du fœtus avec le forceps; opinion aujourd'hui abandonnée.

Outre ces conditions de limites dans les diamètres du bassin, tous les auteurs admettent comme condition formelle : la certitude de la vie de l'enfant ; car si l'enfant est mort, il est bien préférable de recourir à l'embryoto-

mie, qui est moins dangereuse pour la mère. Cependant, même dans le cas où le fœtus est mort, Hubert de Louvain dit que l'on doit associer la symphyséotomie à l'embryotomie, de préférence à l'opération césarienne, lorsque la tête de l'enfant mort a franchi le détroit supérieur et se trouve arrêtée par un diamètre bi-ischiatique de 3 à 4 centimètres.

A part les cas de rétrécissement, on voit encore conseiller la symphyséotomie dans quelques cas.

Feltz, dans son article sur *Les grossesses prolongées*, paru à Strasbourg en 1860, a proposé la section de la symphyse pour terminer l'accouchement, dans le cas de volume exagéré de l'enfant.

M. Charpentier est aussi d'avis qu'on doit pratiquer la symphyséotomie, dans le cas où le bassin de la mère étant normal, l'enfant présente un volume excessif sans altération pathologique, car dans ce cas les difficultés de l'accouchement proviennent uniquement du volume du fœtus, et mettent dans le cas d'un rétrécissement relatif.

Pour les cas de rétrécissement du bassin produits par des tumeurs, Bouchacourt, résumant l'avis des auteurs autorisés, s'exprime en ces termes :

« Les observations ne manquent pas d'obstacles ap-
« portés à l'accouchement par des exostoses situées à la
« base ou dans la concavité du sacrum, un cal vicieux,
« un enchondrôme pelvien, d'énormes fibromyomes non
« déplaçables ou irréductibles qui pourraient indiquer la
« symphyséotomie si les dimensions et la résistance de
« ces diverses productions étaient sûrement et assez tôt
« appréciées pour ne pas laisser compromettre la vie de

« la mère et celle de l'enfant par une prolongation de travail absolument infructueux et souvent mortel en pareil cas. Mais s'il est reconnu ou seulement soupçonné que l'espace réservé à l'enfant est réduit à une étroitesse extrême, le meilleur parti à prendre ne serait-il pas d'en venir de prime abord à l'opération césarienne, qui permettra le plus souvent d'avoir l'enfant vivant. »

Aussi n'y a-t-il presque pas de cas de symphyséotomie dans ces conditions, car le plus souvent la tumeur est méconnue ou reconnue trop tard.

Comme contre-indications de la symphyséotomie, les seules réellement valables sont :

1° La mort de l'enfant et la possibilité d'extraire le fœtus par un autre procédé.

2° Un rétrécissement tel du bassin que l'écartement des branches du pubis porté à sept centimètres ne donnerait pas un passage suffisant pour permettre le passage de la tête du fœtus, car dans ce cas il est préférable de recourir à la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. (Opération de Porro.)

Pour le degré d'écartement à donner aux extrémités des branches du pubis, de nombreuses expériences et recherches ont été faites pour prouver qu'il s'en suit un agrandissement dans les diamètres du bassin, et aujourd'hui personne ne doute plus que la section de la symphyse pubienne produit une augmentation de capacité dans les bassins d'une certaine étroitesse, augmentation permettant le passage d'un fœtus à terme, qui sans cette

augmentation, n'aurait pu passer. Mais l'agrandissement des diamètres, surtout du diamètre antéro-postérieur, qui est le diamètre insuffisant, n'est pas uniformément proportionnel à celui des pubis séparés, mais que cet agrandissement va en s'accéléralant, c'est-à-dire que minime pour les premiers centimètres d'écartement pubien, il croît de plus en plus pour chaque nouveau centimètre qui vient s'ajouter aux précédents.

Dans les recherches faites sur ces rapports, les résultats obtenus varient avec leurs auteurs.

Desgranges trouve :

Pour 1 pouce (27 ^{mm}) d'écartement, une augmentation de	6 lig. (13 ^{mm})
Pour 20 lig. (40 ^{mm})	— — — 11 lig. (25 ^{mm})
Pour 2 p. 8 l. (72 ^{mm})	— — — 15 lig. (33 ^{mm})

Anciaux a obtenu dans différentes expériences :

a) Bassin de 2 pouces 1/4 (61^{mm}) d'avant en arrière.

81^{mm} d'écartement ont donné 23^{mm} d'augmentation du diamètre antéro-postérieur.

b) Bassin de 2 pouces 1 ligne (56^{mm}) de diamètre antéro-postérieur.

1 pouce (27 ^{mm}) d'écartement donne	2 lignes 1/2 (5 ^{mm}) d'augmentation
2 p. 1/2 (67 ^{mm})	— — 7 lignes (15 ^{mm}) —
3 pouces (81 ^{mm})	— — 9 lignes 1/2 (22 ^{mm}) —

c) Bassin de 2 pouces 3 lignes (61^{mm}) de diamètre antéro-postérieur.

1 pouce (27 ^{mm}) d'écartement donne	3 lignes (6 ^{mm}) d'augmentation
2 pouces (54 ^{mm})	— — 6 lignes (13 ^{mm}) —
3 pouces (81 ^{mm})	— — 10 lignes (22 ^{mm}) —

d) Bassin de 2 pouces 10 lignes (76^{mm}) de diamètre antéro-postérieur.

1 pouce (27 ^{mm}) d'écartement a donné 3 lignes (6 ^{mm}) d'écartement	
1 p. 1/2 (41 ^{mm}) — — 5 l. 1/2 (12 ^{mm}) —	

e) Bassin de 2 pouces 1 ligne (56^{mm}) de diamètre antéro-postérieur.

1 pouce (27 ^{mm}) d'écartement a donné 3 lignes (6 ^{mm}) d'écartement	
1 p. 4 l. (36 ^{mm}) — — 5 lignes (11 ^{mm}) —	
3 pouces (81 ^{mm}) — — 10 lignes (22 ^{mm}) —	

Ce dernier résultat n'est pas bien exact, car le temps écoulé depuis la mort avait déterminé une raideur cadavérique très forte qui a nui aux expériences.

Outre cela, Anciaux tient compte de la contractilité de la tête fœtale, et il dit :

« Il est essentiel d'engager une bosse pariétale dans
 « l'espace qui se trouve entre les deux pubis écartés et
 « ainsi on obtiendrait encore un avantage qui doit être
 « au moins à 5 lignes (11^{mm}), ce qui en tout fait un pouce
 « un quart (34^{mm}).

Giraud présenta à l'Académie de médecine un bassin du diamètre de 3 pouces (81^{mm}) et il eut les résultats suivants :

1 p. (27 ^{mm}) d'écartement donne une augmentation de 2 lig. (4 ^{mm})	
2 p. (54 ^{mm}) — — — — 4 lig. (9 ^{mm})	
3 p. (81 ^{mm}) — — — — 8 lig. (17 ^{mm})	
4 p. (108 ^{mm}) — — — — 12 lig. (27 ^{mm})	

Et cela sans la moindre rupture des ligaments sacro-coxaux.

Bouchacourt, dans son article du Dictionnaire des sciences médicales, dit qu'on peut porter l'écartement jusqu'à 8 centimètres si on opère immédiatement après la mort sur un sujet jeune. Dans ce cas, chaque centimètre d'écartement des pubis accroît de deux millimètres environ le diamètre antéro-postérieur. Porté à 8 centimètres, maximum de l'écartement possible sans danger, ce sera, dit-il, 15 à 16 millimètres au moins ajoutés au diamètre sacro-pubien. En outre, si la bosse pariétale antérieure, par sa situation au détroit supérieur, peut s'engager dans le vide inter-pubien, le diamètre bi-pariétal se trouve diminué d'autant, c'est-à-dire de 5 à 6 millimètres au moins dans le sens antéro-postérieur.

MM. Pinard, Varnier et Farabœuf ont fait des expériences dont ils tirent les enseignements suivants :

Sur un bassin de femme morte de néphrite 9 jours après un accouchement à terme, un écartement pubien de 6 centimètres a transformé le bassin de 108 millimètres en un bassin de 124 millimètres, c'est-à-dire que le diamètre antéro-postérieur a gagné 14 millimètres, sans que les ligaments sacro-iliaques aient souffert de cet écartement.

Sur un bassin de vieille femme hors de tout état puerpéral, un écartement de 3 centimètres n'a produit aucun décollement.

M. Farabœuf, dans son article de décembre 1892 paru aux *Annales de gynécologie*, sur l'agrandissement momentané du bassin ovalaire, parlant de la symphyséotomie, s'exprime ainsi :

La symphyséotomie s'adresse aux bassins rétrécis or-

dinaires, c'est-à-dire symétriques, aplatis, *non ankylosés*. Elle utilise le jeu des deux symphyses sacro-iliaques, puis il nous montre le bénéfice des grands écartements de 5, 6 et 7 centimètres appliqués à une série de bassins gradués ayant dans leur diamètre antéro-postérieur de 5 à 10 centimètres.

Les résultats de la symphyséotomie sont ceux-ci :

Pour un bassin de 50 millimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim. d'écartement donnent un diamètre praticable de 73 millim.

6	—	—	—	—	79	—
---	---	---	---	---	----	---

7	—	—	—	—	85	—
---	---	---	---	---	----	---

Pour un bassin de 60 millimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim. d'écartement donnent un diamètre praticable de 81 millim.

6	—	—	—	—	86	—
---	---	---	---	---	----	---

7	—	—	—	—	91	—
---	---	---	---	---	----	---

Pour un bassin de 70 millimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim. d'écartement donnent un diamètre praticable de 89 millim.

6	—	—	—	—	93	—
---	---	---	---	---	----	---

7	—	—	—	—	98	—
---	---	---	---	---	----	---

Pour un bassin de 80 centimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim. d'écartement donnent un diamètre praticable de 97 —

6	—	—	—	—	101	—
---	---	---	---	---	-----	---

7	—	—	—	—	105	—
---	---	---	---	---	-----	---

Pour un bassin de 90 millimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim	d'écartement	donnent un diamètre praticable de 106 millim.
6	— — — —	109 —
7	— — — —	113 —

Pour un bassin de 100 millimètres de diamètre promonto-pubien

5 centim.	d'écartement	donnent un diamètre praticable de 114 millim.
6	— — — —	118 —
7	— — — —	121 —

Morisani, traitant de la question de l'écartement à donner aux branches du pubis et de l'agrandissement qui en résulte, s'exprime ainsi sur les limites de la symphy-séotomie :

« Réfléchissons que l'écartement des pubis ne doit
 « point dépasser 6 à 7 centimètres, si l'on veut conserver
 « intactes les articulations sacro-iliaques. Or, avec cet
 « écartement, le diamètre antéro-postérieur gagne de 13 à
 « 15 millimètres. De plus, la bosse pariétale antérieure
 « s'insérant entre les pubis sectionnés donne indirecte-
 « ment une réduction de 6 à 8 millimètres, ce qui fait en
 « tout 20 à 22 millimètres.

« Sachant d'autre part que le diamètre bi-pariétal
 « d'un fœtus à terme est de 95 millimètres, avec une
 « réduction de 90 millimètres, on comprend facilement
 « que l'accouchement sera facile après la section de la sym-
 « physe dans les bassins de 67 millimètres, et qu'il sera
 « relativement facile sur un bassin de 70 millimètres.

« Voilà les limites inférieures de la symphyséotomie,
« et dans ces conditions l'opération peut être utile et bien-
« faisante, au-dessous, elle n'est plus indiquée, malgré
« qu'elle ait donné quelques bénéfices dans des cas excep-
« tionnels.

« Quant à la limite supérieure de la symphyséotomie,
« elle est généralement fixée à 85 millimètres, mais cette
« limite doit être élastique. En effet, l'on ne doit mettre
« en doute qu'avec un diamètre promonto-pubien de 90
« millimètres et même 95 millimètres, la symphyséotomie
« est indiquée, si la tête du fœtus n'arrive pas à s'engager
« au détroit supérieur. »

Ainsi qu'on le voit par les expériences et les appréciations ci-dessus, la symphyséotomie contribue à agrandir la capacité du bassin par l'écartement des pubis, mais cet écartement ne doit pas dépasser une certaine limite dont le maximum peut être fixé à 70 millimètres, pour n'amener aucun désordre dans l'articulation sacro-iliaque.

COMPARAISON ENTRE LES RÉSULTATS

OBTENUS PAR LA SYMPHYSÉOTOMIE ET CEUX OBTENUS PAR LES MOYENS
PRÉCÉDEMMENT EMPLOYÉS

Dans ce chapitre, je ne veux pas m'étendre sur les différents traitements appliqués jusqu'ici aux accouchements nécessitant une intervention par suite d'une viciation pelvienne ou du volume exagéré du fœtus. Je me bornerai simplement à les énumérer et à comparer les résultats pour la mère et pour l'enfant obtenus par ces procédés à ceux que donne la symphyséotomie.

Les procédés d'intervention employés peuvent se classer ainsi :

- 1° *Application du forceps au détroit supérieur.*
- 2° *Version pelvienne par manœuvres internes.*
- 3° *Embryotomie ou crânioclastie sur l'enfant vivant.*
- 4° *Opération césarienne.*
- 5° *Accouchement prématuré artificiel.*

Je vais donc examiner les différents résultats donnés par chacun de ces procédés.

I. — APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Pour les résultats donnés par ce procédé, je me bornerai à citer les chiffres donnés par M. le professeur Varnier dans sa note lue le 7 avril 1893 à la *Société obstétricale de France* et intitulée : « *De l'application du forceps au détroit supérieur rétréci, en particulier dans ses rapports avec la symphyséotomie.* »

Dans cette note il tire les conclusions suivantes qui sont la condamnation du forceps au détroit supérieur rétréci et que je transcris avant de citer ses statistiques.

a) Pour préjuger si l'application de forceps que nous tentons, qu'elle réussisse ou non, va ou non compromettre la vie de l'enfant, nous ne pouvons nous appuyer fermement :

Ni sur l'intensité ni sur la durée des tractions :

Ni sur le degré de rétrécissement ;

Ni sur ce que nous pouvons savoir sur le volume du fœtus ;

Nous ne savons jamais ce que fera le forceps ; nous ne sommes pas maîtres d'en limiter l'action malfaisante. Nous tirons un numéro à la loterie. C'est de l'obstétrique empirique, ce n'est pas de l'obstétrique positive.

b) La théorie, je veux dire l'expérimentation, nous a d'ailleurs appris qu'au détroit supérieur nous ne pouvons demander au forceps, dans un bassin rétréci non ouvert,

autre chose que cette force réductrice qui le rend si redoutable puisque, quel que soit son mode d'application, fronto-mastoïdien ou bi-pariétal, loin de corriger l'attitude asynclitique de la tête non engagée, il l'exagère fatalement, et fait par conséquent tout ce qu'il faut pour empêcher l'accomplissement du mécanisme qu'il avait naguère encore la prétention d'exécuter.

c) Le forceps au détroit supérieur ne sera plus appliqué par nous (école de Pinard) dans les bassins viciés, qu'après la symphyséotomie.

Morisani lui-même au Congrès international de Rome, se prononce énergiquement contre le forceps au détroit supérieur. Voici en effet ses propres paroles :

« Qu'on ne m'objecte pas en effet qu'avec un diamètre
« promonto-pubien de 81 millimètres, et encore plus de
« 85 millimètres, l'accouchement est à la rigueur possible
« par les seules forces de la nature ou par une application
« de forceps. Certes, dans des conditions exceptionnelles,
« les seules forces de la nature suffisent à vaincre l'obs-
« tacle et à mener à bien l'expulsion, avec une tête de
« fœtus petite ou très réductible, mais dans les conditions
« normales, cela n'arrive pas.

« Je sais bien que des tractions énergiques, violentes,
« prolongées, au moyen du forceps suffisent quelquefois
« à extraire la tête fœtale dans ces bassins rétrécis. Je me
« rappelle encore le temps où quatre mains vigoureuses
« et robustes tiraient sans repos, avec la volonté de per-
« sonnes qui ne savaient pas qu'après une tentative in-

« fructueuse, il était nécessaire de perforer le crâne et d'en
« écraser la base.

« A la suite de ces efforts prolongés, les difficultés cé-
« daient et les obstacles disparaissaient, et la tête sortait ;
« mais très rarement le fœtus vivait ; ou, s'il vivait encore,
« les lésions du crâne étaient telles, qu'il succombait
« quelques heures après.

« Dans ces conditions, le forceps n'est plus un ins-
« trument de vie, mais de mort et l'opération se réduit à
« une céphalotripsie manquée, avec cette différence que
« la céphalotripsie serait pour les organes maternels moins
« grave et moins dangereuse.

« Aucun accoucheur du reste n'ignore que l'applica-
« tion du forceps au détroit supérieur est une opération
« très dangereuse, et souvent préjudiciable à la vie du
« fœtus. Je n'ai d'ailleurs pas besoin d'insister sur la
« question, aujourd'hui que les dangers de l'application
« du forceps au détroit supérieur ont été démontrés expé-
« rimentalement par Farabœuf. »

Ces conclusions citées, passons aux chiffres et voyons
leur éloquence.

1° D'abord, de 1860 à 1870, avec l'ancien forceps et
une application qui n'avait rien d'antéro-postérieur, il
a été fait dans une grande école d'accouchements non
citée :

15 forceps au détroit supérieur rétréci.

Ces quinze applications ont donné pour les enfants :

3 enfants extraits vivants et ayant survécu.

5 enfants extraits morts.

6 morts dans les 48 heures suivant l'accouchement.

1 quelques jours après.

Soit donc une mortalité de 80 p. 0/0.

2° De 1883 à 1889, à la Maternité de Lariboisière, et de 1889 à 1893, à la Clinique Baudelocque, sur 17,000 accouchements, il a été fait par M. le Professeur Pinard ou par ses élèves 114 applications de forceps, maintenu jusqu'à extraction, qui nous donnent les résultats suivants :

Enfants extraits vivants et sortis vivants 79.

Enfants extraits morts 35.

Sur les 35, on a 5 enfants morts ou ne valant guère mieux avant l'extraction, et 2 morts quelques jours après de causes indépendantes.

Il reste donc, en mettant ces 7 à part, 107 cas, dont :

Enfants vivants 79.

Enfants morts 28.

Soit une mortalité de 26,168 p. 0/0.

3° Dans une autre école, de fin 1885 à fin 1891, sur 30 forceps sur bassins viciés, on obtient :

Enfants vivants 14.

Enfants morts-nés 12.

Enfants morts quelques jours après l'extraction 4.

Soit une mortalité de 53,33 0/0.

4° M. le Professeur Pinard, en 1892, sur 10 forceps au détroit supérieur, a obtenu :

Enfants vivants 6.

Enfants morts 4.

Les 4 enfants morts ont succombé à une fracture du crâne et, dans les 6 vivants, 1 avait un enfoncement du pariétal auquel il a survécu et un autre était en état de mort apparente.

Soit une mortalité de 40 p. 0/0.

En prenant la moyenne de ces différents résultats, nous arrivons comme chiffre avec le forceps au détroit supérieur à une mortalité de 49,87 ou mieux 50 p. 0/0.

Quant à la mortalité maternelle, elle peut être considérée comme nulle, puisque il n'y a eu qu'une mort, et encore est-elle due à des causes indépendantes de l'application du forceps.

II. — VERSION PELVIENNE PAR MANŒUVRES INTERNES

Dans cette méthode, qui est une opération de nécessité, on trouve les résultats suivants.

D'après Zweifel, sur 3475 versions pelviennes, on a :

Enfants morts ou ayant succombé peu après 2041.

Soit une mortalité de 58,9 0/0.

Mères ayant succombé 291, soit 8,4 p. 0/0.

M. le Dr P. Farabœuf, dans sa thèse toute récente, donne 17 cas de version pelvienne, pratiqués dans le service de M. Pinard et, sur ces 17 cas, 10 enfants sont seulement vivants au 10^e jour, soit donc une mortalité de 41,2 p. 0/0.

D'autre part, pour montrer la gravité de l'opération, on peut citer les témoignages de M^{me} Lachapelle, qui

estime la mortalité des enfants à 1 sur 3,96 ; Carus, Oslanders, etc., à 1 sur 2.

Churchill, sur 542 versions, perd 1 enfant sur 3 et 1 mère sur 15. Ricker estime la mortalité maternelle à 10 0/0.

Ce procédé, comme on le voit, tout en étant défavorable pour l'enfant, donne déjà une mortalité maternelle assez élevée.

III. — EMBRYOTOMIE OU CRANIOTOMIE, ETC., SUR L'ENFANT VIVANT

Ici nous n'avons à nous occuper que des résultats pour la mère, car dans ces opérations, qui étaient la dernière ressource, avant la symphyséotomie, lorsque le forceps bien appliqué n'avait pu réussir à extraire le fœtus, on sacrifie l'enfant pour sauver la mère.

Voyons donc les différents résultats donnés par les statistiques.

M. le professeur Charpentier, auquel nous sommes obligé d'emprunter ces chiffres puisqu'ils sont les plus complets, indique ceux-ci :

De 1852 à 1888, sur un total de 202 opérations de céphalotripsie il a 57 morts, soit 28,20 0/0.

Sur 56 embryotomies, 17 morts, soit 30,35 0/0.

En Allemagne, Braün, de 1871 à 1878, sur 82 cranio-clasies a 23 morts, soit 28 0/0.

Dans le relevé des cas d'embryotomie proprement

dite, pratiqués à la clinique de Paris de 1851 à 1880, on a

<i>Embryotomies</i>	56	{	Mères vivantes. . .	39
			Mères mortes . . .	17

soit une mortalité de 30.25 0/0.

Pawlick, dans sa récapitulation de tous les cas connus de décapitation avec le crochet de Braün, a sur 76 cas, 18 morts, soit 24 0/0.

IV. — OPÉRATION CÉSARIENNE

L'opération césarienne, soit par le procédé classique, soit par le procédé de Porro avec amputation utéro-ovari-que, est encore aujourd'hui une opération excessivement grave, malgré tous les perfectionnements qu'on a pu y apporter, et les avantages incontestables que nous devons à la méthode antiseptique, et malgré eux, on atteint encore une mortalité assez élevée même dans les statistiques les plus favorables.

En 1866, Guéniot donne une statistique de tous les cas qu'il a pu réunir, et les résultats sont désastreux pour les mères, à côté de nombreux tableaux où la mortalité est de 100 pour 100 comme pour P. Dubois, qui sur 17 cas a 17 morts, Guillemeau, 5 cas 5 morts, et d'autres, le plus grand nombre des opérateurs a une mortalité qui va de 55 à 70 pour 100 et sur un total de :

2.948 cas d'opération césarienne par lui relevés, on a 1.614 cas de mort, soit une mortalité moyenne de 54,8 pour 100.

En 1874, Schrøder et Mayèr donnent sur 1.605 cas relatés dans différents pays d'Europe et d'Amérique, 884 morts, soit 54 pour 100.

En 1883, Crédé, sur 50 cas dans lesquels une antiseptie rigoureuse a été appliquée et a pris les opérées dans les conditions les plus favorables, accuse une mortalité de 28 pour 100 et foétale de 9 pour 100.

En 1888, Caruso, sur 135 cas, dans lesquels sont compris les 50 de Crédé obtient les résultats suivants :

Mortalité maternelle 25,56 pour 100.

Mortalité infantile 8,27 pour 100.

Ces cas se répartissent ainsi :

Allemagne	74 cas	Mères mortes	15	Enfants morts	5
Etats-Unis	18 —	—	10	—	4
Autriche..	16 —	—	4	—	1
Russie ...	8 —	—	3	—	0
Italie.....	4 —	—	2	—	0
France....	4 —	—	2	—	0
Pays-Bas..	4 —	—	0	—	0
Angleterre	2 —	—	2	—	0
Suisse....	2 —	—	1	—	0
Indes.....	2 —	—	1	—	0
Danemark.	1 —	—	0	—	1
TOTAL. 135		36		11	

Quant à l'opération de Porro, on peut dire qu'elle est encore plus terrible pour la mère que l'opération césa-

rienne classique. En effet Godson, en 1884, sur 138 opérations, cite les résultats suivants :

Cas 138. — Mères mortes 77. Enfants morts 26.

Ce qui donne une mortalité maternelle de 55.8 p. 100 et une mortalité infantile de 18.9 p. 100.

Mangiagalli sur 140 opérations obtient une mortalité maternelle de 53.3 p. 100.

Garris sur 250 cas opérés de 1876 à 1888 accuse 115 décès, soit 46 p. 100.

D'après une autre statistique, sur 81 cas opérés du 1^{er} janvier 1885 au 31 décembre 1888 on a 16 morts soit 19.5 p. 100, mais cette statistique tout en étant la plus favorable, est encore très forte, et en prenant une moyenne générale on arrive à une mortalité de 46 p. 100.

V. — ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

De tous les moyens employés, à part la symphysectomie, dans les cas d'accouchements dans les bassins viciés, c'est certainement l'accouchement prématuré artificiel qui est préférable lorsqu'on redoute des difficultés en attendant l'accouchement à terme. Les perfectionnements apportés à cette méthode, son innocuité presque complète pour la mère, et l'espoir d'avoir un enfant vivant sans trop de souffrances pour la mère, avaient même provoqué à un moment donné un véritable engouement pour elle, à tel point que pour un rien, on se décidait à provo-

quer l'accouchement, et que comme le dit M. Pinard, on en était arrivé à provoquer 4 accouchements prématurés *inutiles* pour un *nécessaire*, et encore ces interventions inutiles ne sont-elles pas toujours sans danger pour l'enfant, car comment peut-on être sûr de n'intervenir ni trop tôt ni trop tard, mais juste au moment voulu ? Bien des points d'interrogation se posent en effet. Lors même que l'on a mesuré aussi exactement que possible le bassin de la femme, il reste à établir l'âge exact du fœtus, âge presque impossible à établir avec certitude. Même si la femme peut renseigner exactement sur la dernière apparition de ses règles, on ne peut savoir si la conception a eu lieu immédiatement après ou plus ou moins longtemps plus tard.

Une autre inconnue, est le volume de la tête, car il existe des différences considérables entre le volume et le degré d'ossification de la tête des fœtus.

Voyons donc les résultats donnés par l'accouchement prématuré artificiel ; et ici je ne citerai que les résultats en bloc, car le détail des différentes statistiques publiées serait trop long à énumérer.

Spiegelberg en 1870 résumant la pratique de différents auteurs obtient dans sa statistique les résultats suivants :

Nombre de cas 219.

<i>Résultats pour les mères</i>	{	Guéries.....	186 (84,9 %)
		Mortes.....	33 (15,1 %)
<i>Résultats pour les enfants</i>	{	Sauvés.....	73 (33,1 %)
		Mort-nés.....	77 (34,8 %)
		Morts après l'accouchement.	71 (32,1 %)
		Mortalité totale.....	148 (66,9 %)

Guérich donne les résultats suivants :

Nombre de cas d'accouchements provoqués 110.

<i>Résultats pour les mères</i>	{	Sauvées.....	84 (76,3 %)
		Mortes.....	26 (23,63 %)
<i>Résultats pour les enfants</i>	{	Sauvés.....	35 (31,8 %)
		Mort-nés.....	29 (26,36 %)
		Morts après l'accouchement.	46 (41,81 %)
		Mortalité totale.....	75 (68,18 %)

M. Farabœuf citant les résultats de 1882 à 1892 des opérations à la Maternité, donne sur 133 cas d'accouchement provoqué artificiel 84 enfants vivants au 10^e jour, ce qui donne une mortalité de 37 p. 100. Il n'indique pas les résultats pour les mères.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LA SYMPHYSEOTOMIE

Maintenant que nous avons examiné les résultats obtenus par les procédés autres que la symphyséotomie, employés pour obtenir l'accouchement avec le moins de risques pour la mère, et pour l'enfant dans certains cas, ou en sacrifiant de parti pris ce dernier pour essayer de sauver la mère, examinons les résultats que nous donne la symphyséotomie, au point de vue de la vie de la mère et de celle de l'enfant, et comparons les uns aux autres.

Nous reproduirons ici les chiffres indiqués par les statistiques aussi complètes que possible données tout au long dans la thèse de M. Emile Godchaux soutenue le 22 décembre 1892 et ceux de M. le Professeur Varnier dans le Bilan de la symphyséotomie renaissante du 31 mars 1893, auxquelles nous ajoutons les statistiques des symphyséotomies pratiquées dans le service de M. le Professeur Pinard à la clinique Baudelocque, pendant l'année 1893, ainsi que les statistiques d'opérations pratiquées récemment, et ainsi divisées :

Symphyséotomies précédées d'accouchement prématuré avec ou sans application de forceps ;

Symphyséotomies précédées simplement d'application de forceps ;

Symphyséotomies pratiquées d'emblée sans aucune intervention préalable.

Dans une première statistique, allant du 1^{er} octobre 1777 au 25 juillet 1858, M. Emile Godchaux recueille 80 cas de symphyséotomie, opérés presque tous en France, Italie et Hollande, et qui donnent les résultats suivants :

Symphyséotomies pratiquées, 80

<i>Résultats pour la mère..</i>	{ guéries...	52
	{ mortes ...	28
<i>Résultats pour l'enfant..</i>	{ vivants ...	33
	{ morts	45
	{ incertains.	3

Le total des enfants est de 81, dû à une grossesse gémellaire. L'opération a été faite le 4 juin 1836 à Naples par Galbiati, l'un des jumeaux était mort-né et l'autre né vivant a survécu peu de temps.

Maintenant si on veut expurger de cette statistique les enfants mort-nés au moment de l'intervention on obtient les chiffres suivants :

Nombre d'enfants extraits.....	81
— — vivants.....	33
— — morts.....	34
— — morts avant l'intervention.	11
— d'incertains.....	3

Soit donc sur 67 enfants, 33 vivants et 34 morts et en enlevant un cas où on a pratiqué la craniotomie et version avant l'opération après version et forceps il reste juste 66

enfants dont 33 vivants et 33 morts, soit 50 pour 100, et le résultat final.

Mortalité pour la mère.....	35 p. 100
Mortalité pour l'enfant.....	50 p. 100

Dans une deuxième statistique, allant du 1^{er} janvier 1866 à fin décembre 1880, celle-ci presque exclusivement italienne puisque à cette époque la symphyséotomie était abandonnée de presque tous les accoucheurs des différents pays sauf l'Italie, il a réussi à réunir 50 cas ainsi divisés :

Nombre d'opérations : 50.

<i>Résultats pour la mère..</i>	{	guéries...	40
		mortes...	10
<i>Résultats pour l'enfant..</i>	{	vivants...	41
		morts....	9

Ce qui donne une mortalité déjà inférieure à la précédente, à savoir :

Mortalité pour la mère.....	25 p. 100
Mortalité pour l'enfant.....	21,9 —

Une troisième statistique allant de mai 1881 à janvier 1886 et également italienne, sur 18 opérations pratiquées à Naples, on obtient les résultats suivants :

Nombre d'opérations : 18.

<i>Résultats pour la mère..</i>	{	guéries...	10
		mortes...	8
<i>Résultats pour l'enfant..</i>	{	vivants...	13
		morts....	5

Sur ces 5 enfants, 3 étaient mort-nés, ce qui ne donne donc que 2 morts sur 15, et par conséquent :

Mortalité maternelle..... 44,4 p. 100

Mortalité pour l'enfant..... 13,3 —

Dans sa dernière statistique allant du 25 août 1887 au 21 octobre 1892, statistique où les opérations ont été pratiquées avec tous les perfectionnements de l'antisepsie, et faites dans différents pays au moment de la résurrection de la symphyséotomie, on obtient les résultats suivants :

Nombre d'opérations : 48.

<i>Résultats pour la mère..</i>	{	guéries... 45
	{	mortes... 3

<i>Résultats pour l'enfant..</i>	{	vivants... 43
	{	morts... 5

Ce qui donne le résultat suivant :

Mortalité pour la mère.... 6,28 p. 100

Mortalité pour l'enfant.... 10,41 —

Encore les trois décès des mères ne peuvent-ils être attribués sûrement à la symphyséotomie ; en effet, la première est morte de métropéritonite, la seconde a succombé trois heures après l'opération à une hémorrhagie grave de la délivrance, et le troisième décès est attribué par M. Porack à une rupture utérine causée par des applications de forceps suivant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.

Sur les cinq enfants morts, deux étaient en état de mort apparente et sont morts sans avoir pu être ranimés,

ce qui réduit singulièrement le chiffre de la mortalité, si l'on veut tenir compte de ces considérations.

Nombre d'opérations relatées : 117.

<i>Résultats pour la mère..</i>	{	guéries..	107
		mortes..	10
<i>Résultats pour l'enfant..</i>	{	vivants..	92
		morts...	26

Et ces chiffres, comme le fait remarquer M. Varnier, sont ceux donnés par la statistique brute, non expurgée, car dans les décès des mères 7 au moins sur les 10 ne peuvent être imputés soit directement, soit indirectement, à l'opération de la symphyséotomie, et les trois autres peuvent être discutés.

En effet, dans les 7 cas où le décès n'est pas dû à la symphyséotomie, la mort est arrivée :

Une fois par pneumonie à pneumococques ;

Une fois par paralysie du cœur ;

Une fois par perforation utérine ;

Quatre fois par septicémie puerpérale d'origine utérine, avec symphyséotomie secondaire, après de nombreuses tentatives de délivrance faites en ville.

Pour la mortalité fœtale, elle peut se décomposer ainsi :

Dans les 26 cas de mort, 5 doivent être éliminés d'emblée, car, dans ces 5 cas, la symphyséotomie a été pratiquée aux lieu et place de l'embryotomie possible et nettement indiquée, l'enfant étant mort au moment de l'opération.

Sur les 21 enfants morts restant, 5 vivants ont succombé sans que la symphyséotomie puisse être incriminée à aucun titre, savoir :

1 extrait vivant, mort peu de temps après par vice de conformation incompatible avec la vie.

1 extrait vivant, mort le 3^e jour, pesant 1,950 grammes, inviable (accouchement prématuré provoqué).

1 extrait vivant, mort le 13^e jour, inviable (accouchement prématuré et provoqué et syphilis).

1 extrait vivant, mort le 17^e jour de pneumonie à pneumococques.

1 basiotripsé.

Il reste ainsi 110 opérations avec 16 morts, et sur ces 16 morts, M. Varnier en détache encore 7 qui, pour lui, sont « méfaits du forceps ou de la version préalable et non de la section pubienne. »

Donc, on a en tout :

Nombre d'opérations...	110
Enfants vivants.....	101
Enfants morts.....	9

Ce qui donne une mortalité de 8,1 0/0, ce qui est bien peu, et encore 7 de ces 9 décès sont dûs à la symphyséotomie incomplète absolument ou partiellement, ce qui rendait l'intervention finale meurtrière.

Voyons maintenant les résultats de la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque, en 1893.

Nombres d'opérations... 13

<i>Résultats pour la mère..</i>	{ guéries ... 12
	{ morte 1

Résultats pour l'enfant.. { vivants... 13

Ici, la seule mort pour la mère n'est pas imputable à la symphyséotomie, la femme a succombé le 8^e jour à la septicémie.

Pour les enfants, 4 étaient venus en état de mort apparente, mais ont pu être ranimés facilement, et tous les 13 étaient bien portants, au moment de leur sortie de la Clinique.

De plus, il est à remarquer que dans ces 18 cas, l'opérateur a fait une application de forceps comme intervention finale et a obtenu de cette façon une extraction rapide et facile du fœtus.

Donc, la mortalité, dans cette série, est de zéro.

Tout récemment, M. A. Pinard, dans son rapport au Congrès international tenu à Rome, accuse les résultats suivants :

Depuis le 4 février 1892 jusqu'au 8 mars 1894, 38 agrandissements du bassin ont été pratiqués à la Clinique Baudelocque, savoir :

36 symphyséotomies ;
1 pubiotomie ;
1 ischiopubiotomie.

Ces 38 opérations se décomposent ainsi pour les opérateurs :

23 ont été pratiquées par le Dr Pinard

6	—	—	le Dr Varnier, professeur agrégé
3	—	—	le Dr Lepage, chef de clinique

3 ont été pratiquées par le Dr Wallich, chef de clinique
1 — — le Dr Potocki, chef de clinique
1 pubiotomie a été pratiquée par le Dr Varnier
1 ischiopubiotomie a été pratiquée par M. Pinard.

Les résultats bruts sont les suivants :

<i>Femmes..</i>	{	guéries..	36
	}	mortes..	2
<i>Enfants..</i>	{	vivants..	34
	}	morts...	4

Dans lesquels la pubiotomie et l'ischiopubiotomie ont donné toutes deux un résultat favorable pour la mère et pour l'enfant.

Pour les deux femmes mortes, voici l'opinion personnelle de M. le Professeur Pinard :

« La première femme qui a succombé a été opérée dans
« les conditions suivantes : en travail depuis 3 jours, œuf
« ouvert depuis soixante-six heures, liquide amniotique,
« vert, épais, extrêmement fétide, ayant été touchée en
« ville plusieurs fois par une sage-femme et un médecin.

« L'opération ne présenta aucun incident; il y eut
« réunion immédiate de la plaie superficielle. La femme
« mourut le neuvième jour d'une septicémie à staphylo-
« cocques. Bien que cette femme fût compromise à son
« entrée dans le service, ayant constaté que l'enfant était
« vivant, je pratiquai la symphyséotomie, convaincu que
« cette opération ne pourrait être que nuisible à ma statis-
« tique et nullement à l'opérée. »

Cette femme est celle accusée comme morte dans les résultats de 1893.

« La deuxième femme avait un bassin vicié par spondylolisthésis ; opérée dans les meilleures conditions, elle mourut le 7^e jour d'une obstruction intestinale, causée par une bride, ou plutôt par une frange très mince située à l'union de l'S iliaque et du rectum, et que la laparotomie, pratiquée le cinquième jour, n'avait pu faire découvrir. Aucune trace d'inflammation ne peut être découverte à l'autopsie, dans le petit bassin, ni au niveau des articulations sous-iliaques. Il est donc impossible de voir, en ce cas, un rapport entre la cause de la mort et la symphyséotomie. »

Pour les enfants, aucun n'était mort à la sortie du vagin.

Le premier mourut le 3^e jour après sa naissance, à la suite de la fracture d'un pariétal au moment de l'extraction de la tête dernière, due à ce que la section de la symphyse était incomplète.

Le deuxième succomba le 2^e jour par défaut de développement, dû à l'accouchement prématuré qui avait interrompu la grossesse trop tôt.

Le troisième succomba seize heures après sa naissance à la suite d'une fracture du frontal due à une application de forceps irrégulière et à un écartement insuffisant des pubis.

Le quatrième mourut quelques instants après sa naissance, à la suite de fractures multiples dues aux applications de forceps au détroit supérieur faites avant l'arrivée de cette femme dans le service.

Ainsi qu'on le voit, entre les mains de M. le Professeur Pinard et de ses élèves, la symphyséotomie n'a donné que

des succès, et comprend-on facilement la satisfaction qu'il éprouve, lorsqu'après avoir montré aux membres du Congrès les résultats suivants obtenus par l'ancienne méthode, et ceux obtenus par la symphyséotomie.

Ancienne méthode 1890-1891. Accouchements provoqués pour cause de viciation pelvienne.

<i>Opérations : 64. — Résultats..</i>	{	Femmes vivantes..	62
		— mortes...	2
		Enfants vivants....	35
		— morts.....	30
		Jumeau	1

Nouvelle méthode 1892-1893. — Symphyséotomie.

<i>Opérations : 38. — Résultats..</i>	{	Femmes vivantes..	36
		— mortes...	2
		Enfants vivants....	34
		morts.....	4

Il conclut ainsi : 1° L'embryotomie sur l'enfant vivant doit être proscrite ; 2° L'agrandissement momentané du bassin doit faire abandonner l'accouchement prématuré artificiel, ainsi que toute opération ayant pour but de faire lutter la tête fœtale contre une résistance osseuse du bassin non vaincue par les contractions utérines.

Les trois autres statistiques reproduites à la fin de cette thèse, je ne les ai faites que pour montrer l'avantage qu'il y a pour l'opérateur, lorsqu'il se trouve en face d'un bassin rétréci justiciable de la symphyséotomie, à pratiquer celle-ci d'emblée, sans tenter auparavant d'autres manœuvres, comme l'accouchement provoqué et les applications de forceps.

Sur 11 cas de la statistique n° 2 de symphyséotomies précédées d'accouchement provoqué accompagné ou non d'application de forceps, nous avons :

Mères guéries, 11, dont une après une convalescence très longue.

<i>Enfants..</i>	vivants..	10
	morts...	1

Sur ces 10 enfants vivants, 5 sont venus en état de mort apparente et ont pu être ranimés, et 3 de ceux-ci n'ont survécu, l'un que 24 heures seulement et les 2 autres 3 jours. Quant à celui qui est venu mort, la mort est due à la fracture des deux pariétaux, pendant la première application de forceps.

Sur ces 11 symphyséotomies l'intervention finale a été 9 fois le forceps, et 2 fois on a dû faire l'extraction par les pieds.

Dans les 18 cas de la statistique n° 3 de symphyséotomies précédées d'application de forceps, on a les résultats suivants :

<i>Résultats pour la mère..</i>	Guéries.....	16
	Mortes.....	2
<i>Résultats pour l'enfant.</i>	Vivants.....	11
	Mort apparente, ranimés.	5
	— — non ranimé.	1
	Mort avant l'intervention.	1

Les causes de mort chez les deux femmes sont : pour une l'infection, la malheureuse d'un état de santé mauvais était en travail depuis 3 jours, pour la seconde elle a

succombé le 12^e jour à une pneumonie à pneumococques.

Chez les enfants, outre celui qui était mort avant l'intervention, 2 des 5 ranimés ont succombé à des causes étrangères à la symphyséotomie : l'un est mort des suites de tractions trop fortes avant l'opération, et le second a succombé à une compression prolongée du cordon.

Dans ces 18 cas, l'intervention finale a toujours été le forceps et on a toujours eu une extraction facile sinon très facile.

Dans la 4^e et dernière statistique, sur 16 cas de symphyséotomies pratiquées d'emblée sans manœuvres préalables, on a les résultats suivants :

<i>Résultats pour la mère.</i>	{	Toutes guéries.	
<i>Résultats pour l'enfant.</i>	{	Vivants.....	11
	{	Mort apparente, ranimés.	5

Sur les 5 enfants ranimés 3 sont morts peu de temps après mais de causes indépendantes de la symphyséotomie ; l'un de pneumonie à pneumococques, le second d'une fracture du frontal gauche due à une application de forceps, oblique ; le troisième a succombé aux suites des tractions forcées faites avant de compléter la section de la symphyse.

Sur ces 16 cas, l'intervention finale a été 15 fois le forceps, et 1 fois la version.

Enfin, pour montrer que l'intervention finale par le forceps tend à être de plus en plus la règle, Morisani dans sa communication au congrès international de Rome du

29 mars au 5 avril 1894 se montre aussi partisan de ce procédé, et il s'exprime ainsi :

« Après section complète du cartilage interpubien,
« j'applique assez souvent le forceps et j'extrais le fœtus.
« On m'a reproché cette application de forceps.

« Je reconnais que l'application du forceps n'est pas
« indispensable. En effet si on ne pratique la symphyséo-
« tomie que lorsqu'elle est indiquée, la proportion entre
« la tête du fœtus et le bassin se rétablit très bien et l'on
« peut alors penser que l'expulsion de l'enfant se fera par
« la seule œuvre de la nature, pourvu que les contrac-
« tions utérines conservent leur régularité et leur énergie.
« Quand cela arrive, nous conseillons de laisser l'accouche-
« ment se terminer seul. Telle était d'ailleurs la méthode
« de Gabiati au commencement du siècle. »

« Mais très souvent les choses ne se passent pas com-
« me cela. Soit qu'un long travail ait fatigué l'utérus, soit
« que sous l'influence du sommeil chloroformique, l'énergie
« contractile de l'organe diminue et s'engourdisse, le fait
« est que les contractions deviennent plus lentes, moins
« fortes, et plus éloignées les unes des autres. Alors plus-
« tôt que de laisser la femme longuement sur le lit de souf-
« frances, et la plaie articulaire dans des conditions pas
« très favorables, je préfère terminer l'accouchement par
« un acte opératoire qui, prudent et régulier, n'aggrave
« pas sensiblement les conditions de la mère et du fœtus,
« ce qui du reste est démontré par les statistiques. »

Ainsi qu'on le voit par les chiffres ci-dessus, la symphyséotomie surtout actuellement avec la méthode anti-

septique, est de beaucoup supérieure aux autres procédés d'intervention employés, soit au point de vue de la mère, soit au point de vue de l'enfant, et lorsque l'opérateur se trouve en présence d'une femme grosse, justiciable d'une intervention, c'est à la symphyséotomie qu'il doit avoir recours d'emblée, quitte à appliquer le forceps une fois la section du pubis faite complètement pour délivrer plus vite la patiente.

OBSERVATIONS

Outre l'observation de l'opération de la symphyséotomie pratiquée par M. le professeur-agrégé Remy, à la Maternité de Nancy dans la clinique de M. le professeur Herrgott que nous citons tout au long et quelques observations de symphyséotomies pratiquées récemment, nous apporterons le résumé de trois observations anciennes qui nous ont paru intéressantes à citer, principalement parce qu'elles prouvent contrairement à certaines critiques de détracteurs de la symphyséotomie que cette opération peut être répétée sur la même femme avec succès et réunion de la symphyse.

OBSERVATION I

Pratiquée le 29 septembre 1892, par M. le D^r REMY, à la Maternité de Nancy.

La nommée Vetter Eugénie, femme Dollinger, tisserande, âgée de 28 ans, entre à la Maternité de Nancy le 28 septembre.

Antécédents personnels. — Ne sait à quel âge elle a commencé à marcher, mais a toujours bien marché.

A eu la fièvre typhoïde à l'âge de 12 ans.

Constitution générale assez bonne.

Antécédents de famille. — Père mort d'un accident. Mère morte d'une maladie de cœur ; ses autres parents se portent bien. Deux sœurs mortes en couches.

Premières règles. — Elle a été réglée pour la première fois à 18 ans, toujours régulièrement. Les menstrues duraient en moyenne quatre jours et étaient peu abondantes, pas de leucorrhée.

Grossesse actuelle. — La patiente ne se souvient pas de l'époque précise de ses dernières règles. Elle a senti remuer vers le 15 mai et a éprouvé quelques malaises sympathiques.

Entrée en travail à la Maternité le 28 septembre, à 10 heures du soir, elle y accouche *au moyen du forceps Tarnier*, après avoir subi l'opération de la *Symphyséotomie*, en raison d'un rétrécissement marqué du bassin (on n'a pu mesurer le diamètre utile), d'une fille en OIDP pesant 2.980 gr. ; l'enfant est mort 20 heures après l'accouchement.

Durée du travail. — Les premières douleurs auraient débuté huit jours avant l'accouchement.

Rupture prématurée des membranes dans la matinée du 27 septembre ;

A son entrée, à 10 heures du soir, le 28 septembre, on trouve :

Par le palper. — Tête au-dessus du pubis, petites parties à gauche, dos à droite ;

Par l'auscultation. — Bruits du cœur à droite (maximum) ;

Par le toucher. — Vagin tuméfié, col dilaté comme une pièce de 5 francs. les bords sont épais, le cuir chevelu est tuméfié et la tête tend à s'engager ; la petite fontanelle s'atteint à droite et en arrière.

A 4 heures du matin, le 29 septembre, le col est dilaté entre une pièce de 5 francs et la dilatation complète, mais comme les bruits du cœur se ralentissent, on y révient M. le professeur agrégé Remy.

A 8 heures du matin les contractions se ralentissent, la tête est plus engagée, la petite fontanelle à l'extrémité droite du diamètre transverse, la bosse sanguine est très volumineuse.

A 8 heures et quart, M. Remy procède à l'application de deux branches du dilatateur Tarnier, ce qui fut le départ d'une augmentation de fréquence et d'intensité des contractions.

Au bout d'une heure un quart (9 heures 1½) on retira le dilateur et on constata peu de changements dans la dilatation du col, qui toutefois était un peu plus souple.

« M. Remy se décide alors à appliquer le forceps Tarnier. Celui-ci est placé dans le diamètre transverse du bassin. Pendant l'application de celui-ci, difficile surtout pendant l'application de la seconde branche, il s'écoule beaucoup de liquide mélangé d'une grande quantité de méconium ; on fait à plusieurs reprises des tractions sur l'appareil tracteur, en surveillant attentivement l'orifice utérin ; malgré des efforts prudents, mais suffisants, on a la conviction que la tête ne passera pas, et on se décide à retirer l'instrument.

« Convaincu que pour amener l'enfant vivant il y a lieu de faire la symphyséotomie, on prie M. le professeur Herrgott de vouloir bien donner son avis sur le cas.

« L'opération est décidée et après les préparatifs, la femme est chloroformée. A 11 heures 1½, M. Remy assisté de M. le professeur Herrgott, de M. Vallois, chef de clinique et de M. Paul Parisot, commence l'opération.

« Une sonde est mise dans la vessie ; une incision est faite sur la ligne médiane, commençant en haut, à deux travers de doigt au-dessus du bord supérieur du pubis et conduite jusqu'à un travers de doigt du clitoris ; plusieurs vaisseaux intéressés sont pincés ou liés.

« A la partie inférieure, l'incision rencontre une région plus vasculaire qu'on respecte pour ne pas s'exposer à l'hémorrhagie ; le pénil est très épais et il faut aller à 3 centimètres de profondeur pour rencontrer le pubis. Le bistouri est manœuvré sur le doigt dans ces profondeurs pour ne pas dévier. Une boutonnière est faite

« au dessus du pubis pour glisser le doigt, et avec le bistouri mousse
« on cherche à entamer la partie supérieure de la symphyse. Quand
« l'interligne est ainsi reconnu, un doigt étant placé entre la symphyse
« et le pubis, le bistouri mousse est engagé en arrière, appuyé sur le
« doigt, qui, pressant sur le dos fait pénétrer le tranchant dans le tissu
« de la symphyse d'arrière en avant, et progressivement de haut en
« bas. Quand on arrive à la région inférieure on agit avec une grande
« prudence pour ne pas intéresser le clitoris, on voit les os du pubis
« s'écarter, un doigt peut être inséré dans l'écartement.

« On retire l'instrument et par l'écartement des jambes on sent
« l'espace interpubien s'ouvrir et laisser pénétrer deux doigts.

« L'opération est terminée ; l'écartement donne lieu à un léger
« écoulement de sang qu'on arrête facilement par l'application d'une
« éponge et d'un tampon de gaze iodoformée. La femme est alors placée
« en position obstétricale pour qu'il soit procédé à l'application du
« forceps. »

M. le professeur Herrgott procéda à l'application du forceps Tarnier en commençant par la branche gauche. L'introduction des branches ainsi que leur articulation fut relativement facile quoique le col ne fût pas entièrement effacé.

Les tractions lentes et soutenues ont exigé le déploiement d'une certaine force ; le forceps tendant à déraper à dû être enlevé et réappliqué de la bosse coronale droite à la région pariétale gauche. Cette dernière application fut facile et amena l'occiput sous la branche ischio-pubienne droite ; la tête ainsi dégagée on enleva le forceps. Le mouvement de rotation externe se fit immédiatement et eut pour effet de diriger l'occiput vers la cuisse droite de la femme. Le dégagement des épaules et du tronc fut fait.

L'enfant a dû être ranimé, mais succomba 20 heures après l'accouchement.

La femme remise horizontalement, on fait deux injections intra-utérines chaudes.

Au moment de procéder à la délivrance on constate une adhérence totale du placenta (délivrance artificielle). L'arrière-faix fut constaté complet. Les membranes étaient rompues à peine à un centimètre du bord placentaire.

L'utérus présentant une certaine inertie, on administre deux injections d'ergotine Yvon à trois quarts d'heure d'intervalle.

La femme délivrée, on procède aux *points de suture* et à la ligature de quelques vaisseaux.

Cinq points de suture profonds en argent.

Cinq points de suture superficiels en crin de Florence.

Les sutures terminées on procède au pansement : poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, coton hydrophyle, bandes, tarlatane, bandage de corps.

L'enfant meurt le 30 septembre à 9 heures 1½ du matin. Quelque temps avant sa mort il présentait des mouvements convulsifs et une respiration précipitée.

A la mensuration, les diamètres de la tête étaient :

SO. Ment.....	13,5
O. Ment.....	12,5
O. Frontal.....	12,5
SO. Bregmat.....	9
Bi. Pariétal.....	8 3¼
Bi. Temporal	8 3¼

Suites de couches. — 30 septembre. — La femme a le ventre ballonné, mais n'accuse aucune douleur à la pression.

TRAITEMENT. — Injections vaginales au sublimé.

1^{er} octobre. — Le ballonnement du ventre diminue ; la femme urine continuellement.

2 octobre. — Œdème considérable de la grande lèvre gauche et de la région périnéale. On remplace le bandage de corps et les bandes en tarlatane par une ceinture élastique.

TRAITEMENT. — Quatre injections vaginales par jour, deux le matin et deux le soir ; la première au sublimé, la seconde au sulfate de cuivre.

3 octobre. — La plaie a très bon aspect.

4 octobre. — Une escarre commence à la jambe gauche, on applique un matelas à eau.

5 octobre. — L'œdème des grandes lèvres, surtout de la lèvre gauche et de la région périnéale persiste. La malade urine et va à la selle involontairement ; l'anus est dilaté environ comme une pièce de deux francs.

TRAITEMENT. — Pansement de l'escarre à la vaseline salolée.

6 octobre. — L'escarre de la jambe gauche a environ 3 centimètres de diamètre. L'œdème des grandes lèvres diminue.

7 octobre. — On enlève 2 points de suture.

6 octobre. — On enlève un point de suture. Depuis la veille 8, la malade se plaint de violentes douleurs abdominales ; éruption miliaire sur toute la paroi abdominale et la paroi thoracique. Le sphincter anal fonctionne de nouveau, mais la malade urine inconsciemment.

11 octobre. — On enlève les derniers points de suture, la malade soulève la jambe droite au-dessus du plan du lit.

12 octobre. — La malade plie facilement ses jambes.

13 octobre. — La plaie est complètement cicatrisée.

14 octobre. — La malade est prise de violentes douleurs abdominales. L'escarre augmente de surface. On la panse au vin aromatique jusqu'au 20 et à l'eau de-vie jusqu'au 24.

24 octobre. — L'escarre a meilleur aspect et diminue de surface.

25 octobre. — Pour la première fois la malade sentant le besoin d'uriner demande le bassin. Elle urine environ 60 grammes. Quand on la soulève il s'écoule beaucoup moins d'urine.

31 octobre. — Les urines ne renferment pas d'albumine.

1^{er} novembre. — Douleurs violentes à la cuisse droite exagérées par la pression.

29 novembre. — Expiration souflée au sommet droit. Les crachats examinés ne renferment pas de bacilles de Koch.

15 décembre. — L'état de la malade s'est amélioré sensiblement, elle garde ses urines dans la journée, s'assied seule sur son lit, mais les tentatives faites jusqu'alors pour la mettre sur ses jambes n'ont pas abouti. Au toucher on sent un écartement des deux pubis, la branche gauche est en outre plus en arrière et plus basse que la droite.

OBSERVATION II

Centralb. für Gynécologie

J. K..., 22 ans. Primipare, entrée le 10 décembre 1892, en travail depuis deux jours, rupture des membranes la veille. La parturiente a été examinée plusieurs fois par une sage-femme sans précautions antiseptiques.

Taille 1 m. 32. Diamètre des épinés, 27 ; des crêtes, 28 ; des trochanters, 30 ; conjugué externe, 15 ; conjugué diagonal, 8.

Saillie dorsale et scoliose droite. Traces de rachitisme à la tête, au thorax et aux jambes.

Dilatation complète. Première position du sommet, à l'entrée du détroit, fontanelle, antérieure plus bas que la postérieure. On entend très bien les bruits du cœur fœtal, un peu ralentis.

Température de la femme, 39°3.

Pouls, 120.

Désinfection des organes génitaux au sublimé.

Symphyséotomie à midi. On fait d'abord la section incomplète de la symphyse, suivant les indications de Léopold (1). Mais devant l'im-

(1) *Nouvelles archives d'obstétrique*, 25 octobre 1893.

possibilité d'engager la tête à l'aide de tractions sur le forceps, on achève la section de l'articulation qui présente immédiatement un écart de 2 centimètres. La tête s'engage alors facilement.

L'enfant vient en état de mort apparente, il est ranimé, mais meurt au bout de 24 heures.

Suites opératoires normales, apyrétiques. Le bassin est maintenu rapproché par des tours de bande. Le 31 décembre on autorise la malade à se lever. Au mois de février on ne constate pas de mobilité à la symphyse.

OBSERVATION III

D^r GUÉNIOT (Paris) (1)

Femme primipare, 19 ans, a marché à 6 ans. Taille 1 m. 25. Bassin régulièrement rétréci, diamètre promonto-sous-pubien, 85 millimètres. Présentation O I D P.

Le 21 janvier 1893, à midi, la dilatation de l'orifice étant de 6 centimètres 1/2, les bords très dilatables, la tête arrêtée au-dessus du détroit supérieur, les bruits du cœur fœtal bons, trois applications de forceps sont faites sans résultats : deux applications directes antéro-postérieures avec le forceps Tarnier petit modèle, et une application oblique avec le forceps Levret.

J'introduis alors une sonde dans la vessie et j'incise les téguments au-dessus du pubis en attirant la peau en haut. L'incision a de 5 à 6 centimètres. Les aponévroses abdominales sont coupées sur la ligne médiane, puis le doigt est introduit derrière la symphyse. A l'aide d'un bistouri boutonné je pénètre dans l'espace articulaire de haut en bas sans difficultés.

A ce moment les membres inférieurs sont écartés. L'écartement

(1) *Annales de la Société obstétricale de France*, 1893.

spécial marque 5 à 6 centimètres, les plaies donnent fort peu de sang, la sonde est retirée.

Les tractions sur le forceps obliquement appliqué font descendre la tête dans l'excavation. Le vagin est extrêmement tendu et menace de se rompre, c'est pourquoi le forceps qui a tourné avec la tête est vivement retiré ; après quoi la tête se restitue dans sa position primitive. On ne peut obtenir la rotation que par une application régulière préauriculaire. L'extraction a duré une demi-heure.

Enfant du sexe féminin, pesant 2.800 grammes, en état de mort apparente, ranimé au bout de trois-quarts d'heure.

La plaie est refermée par 5 points de suture. Pansement iodoformé. Maintien de la symphyse par le compresseur iliaque.

Suites opératoires bonnes. Le 1^{er} février on enlève les points de suture ; le 6, on en enlève le compresseur iliaque. L'opérée se lève le 13.

La mère et l'enfant partent tous deux bien portants le 14.

La mère allaite son enfant.

Css de Symphyséotomie répétée sur la même personne

OBSERVATION IV

Femme MOREL opérée par VERMANDOIS (de Bourges) (1).

2 symphyséotomies.

A son premier accouchement le 6 juin 1806, la femme Morel alors âgée de 28 ans, fait appeler le D^r Vermandois. Celui-ci constate que les membranes sont rompues depuis la veille et que la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur. Le col est effacé, le liquide qui

(1) *Journal de médecine*, t. 19 et 22.

s'écoule est mélangé de méconium, et les contractions utérines faibles ne donnent plus de résultat. Après la perforation du crâne, le fœtus reste malgré l'application du tire-tête et du forceps; on fait alors l'accouchement et on achève l'accouchement à l'aide du crochet-mousse sur la tête dernière.

2° ACCOUCHEMENT. — 1^{re} *symphyséotomie* (4 août 1808).

La femme est en travail depuis la veille, les membranes sont rompues et il y a un pied dans le vagin. On décide la symphyséotomie.

Vermandois fait une incision cutanée de 4 centimètres après avoir introduit une sonde dans l'urèthre. Il entame légèrement la face antérieure du cartilage, fait écarter les cuisses et achève la section; il obtient ainsi un écartement de deux centimètres. Il va chercher le pied gauche pendant que deux aides écartent progressivement les membres inférieurs; alors l'écartement est de 4 centimètres. Il applique le forceps sur la tête dernière et a un écart de 5 centimètres entre les pubis.

L'enfant était mort par fracture de la région temporale; le bassin avait 6 centimètres 7. L'accouchement terminé on maintient les pubis rapprochés par une ceinture spéciale. La plaie se cicatrise lentement et est guérie le 20^e jour.

Fonctions urinaires normales sans incontinence; pas de douleurs abdominales; seulement quelques douleurs au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Dès le 12^e jour la femme se levait pour aller à la selle; le 18^e montait et descendait l'escalier. Au bout de 4 semaines elle put vaquer régulièrement à ses affaires.

3° ACCOUCHEMENT. — 2^e *symphyséotomie* (18 avril 1811).

Vermandois rompt la poche des eaux et constate qu'il y a une présentation de la face. Il pratique une nouvelle symphyséotomie. La section assez facile donne un écartement de 1 centimètre. Version longue et pénible, on perçoit les battements du cordon déjà très

faibles. Application de forceps sur la tête dernière retenue au niveau du détroit supérieur. Enfant mort.

La guérison se fit rapidement, sans aucune complication et la femme se rétablit complètement.

OBSERVATION V

Femme Françoise LAUZANE, opérée : la 1^{re} fois, par A. DUBOIS ; la 2^e fois, par A. DUBOIS et GARDIEN. — 2 *Symphyséotomies* (1).

Le 2 Vendémiaire an XII (1803), Marie-Françoise Lauzane, primipare, âgée de 20 ans, entre à la Maternité ; elle était enceinte de 7 mois et l'enfant mort. Baudelocque fit la perforation du crâne et M^{me} Lachapelle retira un fœtus de 4 livres par la version.

A l'examen de la mère, on reconnut qu'elle était scrofuleuse, avec déviation du rachis depuis la douzième année. Bassin de 2 pouces 7 lignes (7 centimètres).

2^e ACCOUCHEMENT. — 1^{re} *Symphyséotomie* (9 juillet 1808).

La femme Lauzane étant en travail depuis douze heures, Baudelocque proposa l'opération césarienne, mais Antoine Dubois préféra la symphyséotomie pratiquée en face de Danjou, Baudelocque et M^{me} Lachapelle. L'abduction trop brusque des cuisses amena quelques désordres du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche. L'écartement était de 4 centimètres.

L'enfant extrait par version était vivant, mais mourut peu après. La mère guérit rapidement, mais conserva de l'incontinence d'urine et un peu de difficulté dans la marche.

(1) Mémoires de Gardien et Traité de M^{me} Lachapelle.

3^e ACCOUCHEMENT. — 2^e *Symphyséotomie* (25 octobre 1809).

La femme Lauzane entre le 24 octobre 1809 au collège des étudiants. Le lendemain Dubois et Gardien arrivent et trouvent une dilatation incomplète avec un orifice dilatable. Ils attendent la fixation de la tête pour pouvoir faire une application de forceps. Mais à 9 heures du soir la femme ayant des faiblesses, et les contractions diminuant, Dubois pratique la symphyséotomie. L'écartement spontané des pubis est de 1 pouce 1/2 (4 centimètres).

Gardien fait la version et applique le forceps sur la tête dernière. L'enfant fut extrait en état de mort apparente, mais fut facilement ranimé. Il était bien portant trois semaines après.

La plaie est pansée avec de la charpie sèche et on maintient le rapprochement des pubis par un pansement approprié inventé par Roux.

Le 2^e jour, le facies est grippé, le ventre douloureux et ballonné. Il y a de la constipation. On ordonne des sangsues à l'hypogastre, une potion huileuse et des fomentations narcotiques et émollientes.

Le 3^e jour, les symptômes s'aggravent. (Météorisme. Vomissements. Céphalalgie et fièvre intense).

Le 4^e jour, il y a une légère amélioration. Les douleurs et les vomissements diminuent pour disparaître peu à peu les jours suivants.

Le 16^e jour une cystite se déclare et dure plusieurs semaines, mais l'amélioration persiste au point de vue général.

Au bout de la 5^e semaine, la femme se lève et marche sans embarras, elle a seulement quelques douleurs légères au niveau du pubis.

OBSERVATION VI

Femme Cornélie STOLZ, opérée par DAMEN (La Haye) (1)

2 *symphyséotomies*

1^{er} ET 2^e ACCOUCHEMENTS. — On appliqua le crochet pour amener les enfants.

(1) *Journal de médecine*, t. 71.

3^e ACCOUCHEMENT. — 1^{re} *symphyséotomie* (20 octobre 1783).

La femme Cornélie Stolz est en travail ; à 8 heures du soir dilatation complète, mais la tête « est arrêtée sur la marge du bassin ». Damen pratique la symphyséotomie, aidé de Camper et de Van de Laan, après avoir vidé la vessie et le rectum, et obtient un écartement spontané permettant l'introduction du doigt.

L'enfant facilement extrait par la version est vigoureux, délivrance naturelle.

Pansement à la charpie sèche, et bandage en acier inventé par Cramper. Il y eut incontinence d'urine jusqu'au 12^e jour, et au bout d'un mois la plaie était presque complètement guérie.

A la fin de la 5^e semaine la femme pouvait se tenir debout et marcher sans difficulté.

A un examen pratiqué 8 mois après l'opération, la consolidation des pubis est parfaite ; la marche est naturelle et non douloureuse. La femme Stolz ressent simplement un petit point douloureux au pubis, près de la symphyse et a encore quelques mictions involontaires quand elle est debout mais non au repos.

4^e ACCOUCHEMENT. — 2^e *symphyséotomie* (4 août 1785).

A l'examen, Damen constate que la tête du fœtus est très élevée, et s'atteint difficilement par le toucher. La dilatation une fois complète, il pratique de nouveau la symphyséotomie. Après l'incision des téguments il éprouve quelques difficultés à séparer le cartilage qui est plus résistant. L'écartement permet l'introduction de deux doigts. L'enfant est amené vivant par la version podalique.

Les trois premiers jours tout al a bien, puis survinrent tous les symptômes d'une péritonite.

Le 6^e jour on obtint une légère amélioration, mais il était impossible d'appliquer aucun appareil contentif. L'état s'améliora de plus en plus et à la fin de la 3^e semaine la malade pouvait marcher.

A l'examen, 10 mois plus tard, la réunion des pubis était parfaite sauf un petit point du col. L'incontinence d'urine de la première opération avait disparu et il n'y avait qu'un léger prolapsus du vagin.

CONCLUSIONS

De la lecture et de l'examen de ce qui précède on peut actuellement tirer les conclusions suivantes d'accord avec celles de MM. les Professeurs Pinard et Morisani au dernier congrès de Rome.

I. — La symphyséotomie ou pubiotomie aseptique est une opération actuellement retirée de la tombe où les fautes involontaires de ses premiers partisans et les déficiences du manuel opératoire, l'avaient fait descendre, est rentrée (grâce à l'aide de la méthode antiseptique, et aux recherches anatomiques et expérimentales permettant de se rendre un compte exact de l'agrandissement proportionnel des diamètres du bassin par l'écartement des extrémités pubiennes sectionnées), dans le domaine de la chirurgie obstétricale, et elle y tient actuellement la place d'honneur.

II. — La symphyséotomie, ainsi qu'on le voit par la comparaison avec les autres procédés d'accouchement dans les cas de sténose pelvienne, assure beaucoup plus de garanties de succès tant pour la mère que pour l'enfant.

III. — En général la symphyséotomie doit être pratiquée d'emblée, au terme normal de la grossesse, lorsque le travail est déjà commencé et la dilatation avancée, sans tentatives préalables d'applications de forceps qui ne peuvent qu'être nuisibles à la vitalité de l'enfant.

IV. — Pour être réellement utile la symphyséotomie doit être complète, avec section complète des ligaments inter-articulaires et sous-articulaires. De plus elle ne doit être faite que lorsque l'on aura reconnu qu'un écartement maximum de 7 centimètres permettra le passage de la tête du fœtus à terme, un écartement plus grand pouvant entraîner des lésions sérieuses des parties molles et de l'articulation sacro-iliaque.

V. — Une fois la symphyséotomie complète pratiquée, la terminaison de l'accouchement par une application de forceps est utile dans un très grand nombre de cas, mais non indispensable. On ne doit pas hésiter à y recourir lorsque les contractions utérines perdent de leur force et de leur régularité et peuvent faire attendre la fin de l'accouchement pendant un temps plus ou moins long, et cela au préjudice de la plaie opératoire.

VI. — La symphyséotomie peut être répétée sur la même femme avec succès sans que l'opérateur rencontre nécessairement de l'ossification de la symphyse à la suite de l'opération antérieure. Il est préférable d'ouvrir une seconde fois la symphyse que d'avoir recours au procédé modifié de MM. Phénomenoff et Kotchekoff qui ne donne

qu'un écartement insuffisant tout en exposant aux graves accidents produits par le relâchement des articulations sacro-iliaques.

VII. — Enfin, les prétendus résultats désastreux de la symphyséotomie n'ont été observés que lorsqu'elle a été pratiquée au-dessous des limites de son indication et reconnaissent pour cause :

- a)* L'époque du travail à laquelle on la fit.
- b)* La manière d'opérer.
- c)* Les lésions préalables des parties génitales.
- d)* Les conditions spéciales de l'opérée.

Pour les fœtus la mort peut être attribuée :

- a)* A une intervention hâtive ou tardive.
- b)* A des circonstances accidentelles.
- c)* Aux moyens accessoires employés avant l'intervention.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 30 juin 1894.

A. HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer.

Nancy, le 30 juin 1894.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCHACOURT. — *Dict. encycl. des sciences médicales* (Pubiotomie).
- CARBONAI. — *Gazette médicale*, Paris, 1842, p. 157.
- DESFORGES. — *Thèse de Paris*, 1892.
- P. FARABŒUF. — *Thèse de Paris*, 1893.
- FAURE-BIQUET. — *Thèse n° 293, Paris*, 1834.
- FELTZ. — *Grossesses prolongées*, Strasbourg, 1860.
- GOTCHAUX. — *Thèse de Paris*, 1892.
- GUÉNIOT. — *Annales de la Société obstétricale de France*, 1893.
- JACCOUD. — *Dictionnaire des sciences médicales* (Pubis).
- LACOUR. — *Thèse de Paris*, 1844.
- LEROY. — *Recherches historiques et pratiques*, 1778.
- LESCURE. — *Dissertation sur la section de la symphyse pubienne*,
Thèse de 1803.
- MURAT. — *Dict. encycl. des sciences médicales* (Symphyséotomie.)
- PÉTREQUIN. — *Bulletin thérapeutique*, 1883, t. VI, p. 278.
- DE PHÉNOMÉNOFF et KOCHEROFF (de Kazan). — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1894.
- PICCINI. — *Lyon médical*, 1874, t. III, p. 224.
- PINARD. — *Annales de la Société obstétricale*, 1892, vol. II.
— *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1894.
— *Gazette hebdomadaire de méd. et chirurg.*, 5 mai 1894.
- PINCEUS. — *Opuscul. physiol. et anat.*, cap. X, lib. 2.
- SIGAULT. — *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 1^{er} décembre 1768.

VARNIER. — *Bilan de la symphyséotomie renaissante au 1^{er} mars 1893.*

CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements.*

MORISANI. — *Annales de gynécologie*, avril 1894.

FARABŒUF. — *Annales de gynécologie*, décembre 1892.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 9 juin 1894.

Annales de gynécologie et d'obstétrique.

Annales de la Société obstétricale de France.

Archives d'obstétrique et de gynécologie.

Gazette d'Utrecht, n° 83, 1777.

Journal de médecine, t. 19 et 22.

Journal de médecine, 1871.

Semaine médicale, 3 juin 1893.

Traité pratique d'accouchements, 1890.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 5 mai 1894
et 9 juin 1894.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Division.	I
Définitions.	III
Avant-propos.	V
Historique.	1
Procédés opératoires	15
Suites de l'opération	33
Indications et contre-indications	39
Comparaison entre les résultats obtenus par la Symphyséotomie et ceux obtenus par les autres méthodes précédemment employées	54
Résultats obtenus par la Symphyséotomie.	63
Observations	77
Conclusions	91
Bibliographie.	95

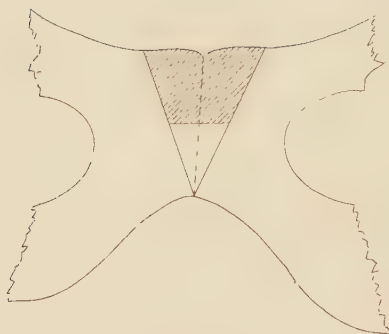


Fig. A

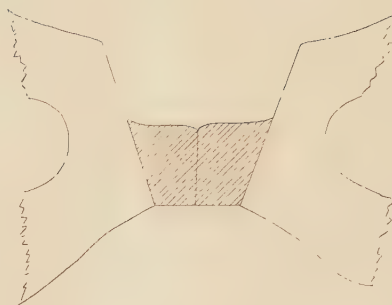


Fig. B

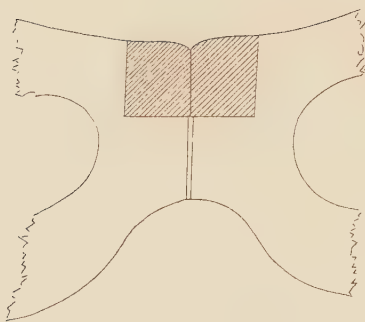


Fig. C

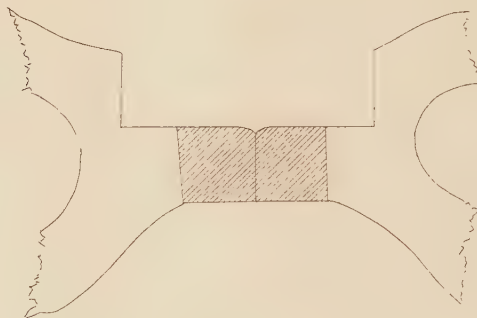


Fig. D

Procédé de Phénoménoff

Tableau I

Indiquant les changements des dimensions du bassin par la première méthode du L^r N. de Phénoménoff

	DIMENSIONS DU BASSIN			
	Avant	Après	Avant	Après
	l'Opération	l'Intercalation	l'Opération	l'Intercalation
		du fragment		du fragment
	Observation I		Observation II	
Conjugué vrai.....	103 ^m / _m	112 ^m / _m	95 ^m / _m	106 ^m / _m
Distance des épines iliaques.....	215 »	226 »	250 »	265 »
Distance des crêtes.....	235 »	248 »	270 »	292 »
Distance des trochanters.....	265 »	293 »	305 »	325 »
Diamètre bi-ischiatique.....	110 »	125 »	130 »	152 »
Espace entre les branches descen- dantes des os pubiens à 3 cent. au-dessous du ligament sous- pub en.....	50 »	73 »	65 »	90 »
Hauteur de l'articulation pubienne	47 »		42 »	
Largeur à la base du triangle.....	35 »		40 »	

Tableau II

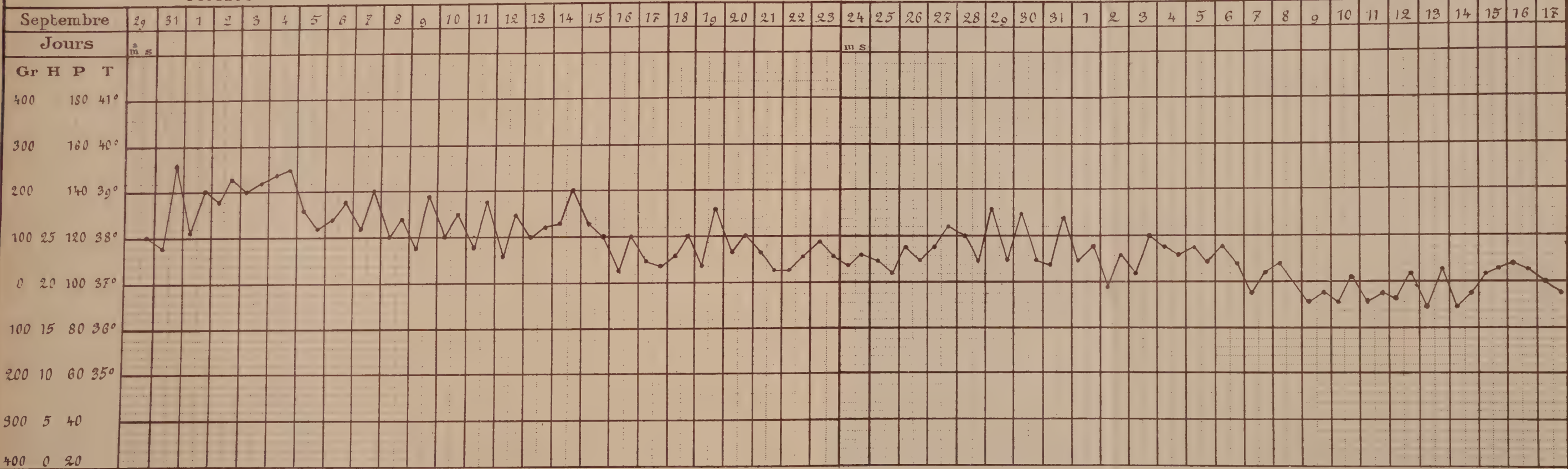
*Indiquant les changements des dimensions du bassin pour la
deuxième méthode du D^r Phénoménoff*

	DIMENSIONS DU BASSIN					
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
	l'Opération	l'Opération	l'Opération	l'Opération	l'Opération	l'Opération
	Observation I		Observation II		Observation III	
Distance des épines iliaques	250 ^{m/m}	260 ^{m/m}	230 ^{m/m}	240 ^{m/m}	250 ^{m/m}	265 ^{m/m}
Distance des crêtes	270 »	282 »	255 »	264 »	285 »	305 »
Distance des trochanters...	280 »	305 »	270 »	290 »	305 »	325 »
Diamètre bi-ischiatique....	100 »	115 »	115 »	128 »	107 »	123 »
Espace compris entre les rameaux descendants des os pubiens à 3 centim. plus bas que le ligament sous-pubien	55 »	85 »	45 »	68 »	55 »	84 »
Hauteur de l'articulation pubienne.....	55 »		50 »		49 »	
Largeur du lambeau osseux	40 »		35 »		40 »	
Conjugué vrai.....	70 »	105 »	120 »	130 »	103 »	116 »
		8 + 7		4 + 6		7 + 6

Feuille de Température de la nommée Eugénie Wetter - Obs. I

Octobre

Nov



NUMÉROS	DATES	OPÉRATEUR ET LIEU	AGE	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	BASSIN	PRÉSENTATION	INDICATIONS ANTÉRIEURES	ÉCARTÈMENT primitif	INTERVENTION FINALE	ÉCARTÈMENT final	RÉSULTATS POUR L'ENFANT					OBSERVATIONS
											RÉSULTATS POUR LA MÈRE	POIDS	DIAMÈTRE bi-pariétal	ÉTAT A LA NAISSANCE	ÉTAT ET POIDS à la sortie	
1	1892 12 janvier	Pinard, Paris. Clinique Baudelocque.	38	VI. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Basiotripsie, enfant de 3520 gr. — 2 ^e accouch. provoqué 7 mois 1/2, enfant mort. — 3 ^e accouch. provoqué 7 mois, enfant 2200 gr., mort quelques heures après, 4 ^e et 5 ^e avort.	Pr. s. p. 93	O I G T	Pas de tendance à l'engagement à dilatation complète.	25	Forceps. Extraction très facile.	45	Guérie. Se lève le 16 ^e jour. Revue en décembre en état parfait.	3110	91	Vivant.	Vivant, 3850.	M. le professeur Pinard appelé à examiner cette femme au 7 ^e mois 1/2 a décidé de la laisser aller à terme et de pratiquer la symphyséotomie d'emblée à la dilatation complète.
2	4 août	Harajewicz, Cracovie.	25	II. pare. 1 ^{er} accouchement crâniotomie.	Pr. s. p. 95	O I G T	Pas de tendance à l'engagement à dilatation complète.	15	Symphyséotomie incomplète. Forceps inutilement employé. La symphyséotomie complétée. Extr. facile.	65	Guérie. se lève le 26 ^e jour.	3100	85	Mort apparente. Ranimé.	Mort 4 heures après.	La mort de l'enfant est attribuée avec raison par l'opérateur aux tractions forcées faites par lui avant de se décider à compléter la section de la symphyse.
3	13 sept.	Varnier, Paris. Clinique Baudelocque.	35	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme basiotripsie, 2 broiements. Enfant de 3350 gr.	Pr. s. p. 92	O I G T	Disproportion. Symphyséotomie avant rupture des membranes.	35	Forceps. Extraction très facile.	70	Guérie. Se lève le 19 ^e jour. Revue 3 fois, la dernière en nov. 1893, état parfait.	3200	95	Vivant.	Vivant, 3630	M. le Dr Varnier a préféré la symphyséotomie à terme à l'accouchement prématuré.
4	27 septemb.	Zwifel, Leipzig.	37	IX. pare. 6 versions, 1 forceps, 1 accouchement à 8 mois. Enfants vivants.	Pr. s. p. 100	O I G T	Disproportion. Bruits du cœur affaiblis. La femme était décidée à subir l'opération césarienne.	10	Symphyséotomie incomplète puis complétée, forceps et extraction pénible.	65	Guérie. Se lève le 21 ^e jour.	3500	80	Mort apparente. Ranimé malgré une asphyxie profonde.	Mort le 4 ^e jour.	Mort due à une pneumonie. Température rectale le 3 ^e jour 40°6.
5	29 septemb.	Benet, Marseille.	34	V. pare. 3 forceps, enfants vivants, 1 version, enfant mort.	Pr. s. p. 100 ?	O I D T	Disproportion. Pas de tendance à l'engagement à dilatation complète.		Forceps.		Guérie. Se lève le 21 ^e jour.	4000	100	Vivant.	Vivant.	
6	20 octobre	Hirst, Philadelphie.	19	Primipare.	Pr. s. p. 95	O I D T	Disproportion.		Forceps.		Guérie, Marche très bien 5 sem. après.	?	90	Vivant.	Vivant (26 déc.)	
7	5 octobre	Torngren, Helsingfors.	36	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, basiotripsie.	Pr. s. p. 35	O I G T	Disproportion.	20	Forceps Tarnier. Extrêmement pénible. Rupt. du ligament sous-pubien, respecté volontairement.	60	Guérie. Se lève le 23 ^e jour.	3750	25	Vivant.	Vivant le 30 juin	
8	6 octobre	Guéniot, Paris. Maternité.	34	Primipare.	Asymétriq. Pr. s. p. 75	O I G T	Disproportion.	60	Forceps. Extraction en 23 minutes.	?	Guérie. Se lève le 32 ^e jour.	3100	95	Vivant.	Vivant, 4000.	
9	7 octobre	Broomall, Philadelphie.	30	VIII. pare. Accouchement très difficile. Enfants tous morts	Pr. s. p. 82	Sommet	Pas de tendance à l'engagement après 24 h. Pouls 140.	40 ?	Forceps extraction en 10 minutes.	?	Guérie. Se lève le 35 ^e jour.	2780	95	Vivant, crie de suite.	Vivant.	
10	21 novemb.	Wallich, Paris. Clin. Baudelocque.	33	III. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, enfant vivant. — 2 ^e accouch. à terme, enfant mort.	Pr. s. p. 105	O I G T	Pas de tendance à l'engagement après 5 heures. Tête défléchie. Disproportion.	25	Forceps. 2 applicat. Extract. difficile.	45	Guérie. Se lève le 19 ^e jour.	3650	95	Mort apparente. Ranimé.	Vivant, 4610.	
11	13 novemb.	Potocki, Paris. Clin. Baudelocque.	38	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Céphalotripsie.	Pr. s. p. 97	O I G T	Disproportion.	30	Forceps. Extraction pénible.	57	Guérie. Se lève le 22 ^e jour. Revue en novemb. 1893. Etat parfait.	3300	95	Mort apparente. Ranimé.	Mort 16 heures après.	Mort attribuée à une fracture du frontal gauche par la cuillère du forceps appliquée obliquement.
12	17 novemb.	Krassowski, St-Petersbourg.	23	II. pare. 1 ^{er} acc., forceps infructueux au détroit sup. Crâniotomie et crânioclasie.	Pr. s. p. 90	Sommet	Disproportion.	30	Forceps de Busch. Extraction facile avec 3 tractions.	65	Guérie. Se lève le 20 ^e jour.	3410	95	Vivant.	Vivant.	
13	5 décembre	Ch.-P. Noble, Philadelphie.	32	V. pare. 1 ^{er} acc. forceps, enfant mort peu après. 2 ^e acc., enfant mort. 3 ^e acc., opérat. césar., enfant 6 l. 1/2. 4 ^e acc. prématuré. forceps au dét. sup.	Pr. s. p. 85	O I D	Dilatation depuis 11 h.	1 1/4 pouce.	Forceps de Hadger puis de Garnier. Extraction très difficile.	2 pouce. 1 1/2	Guérie. Se lève la 4 ^e semaine.	3865	95	Mort apparente. Ranimé en 10 minutes.	Vivant le 10 fév. 1893.	
14	16 décemb.	Harry et Mac-Kennan (Illinois)	31	III. pare. 2 crâniotomies.		Sommet	En trav. dep. 12 h. Memb. romp. Procid. du cord. Disp. Poche rompue depuis 7 h. Liquide vert.	?	Forceps. Extraction très facile.	Environ 76	Guérie. Se lève le 28 ^e jour.	3625	?	Vivant.	Vivant. Février 1893.	
15	25 décemb.	Latzko, Vienne.	29	Primipare.	97	O I D T		50	Forceps. à traction. Extraction facile.		Guérie. Se lève la 3 ^e semaine.	4500		Vivant. Crie de suite.	Mort subite le 3 ^e jour.	Mort due à une hémorragie cérébrale probable par enfoncement du pariétal droit.
16	30 décemb.	Garrigues, New-York.	24	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, forceps, enfant mort-né.	Pr. s. p. 100	O I G T	Disproportion.	?	Version difficile.	?	Guérie. Se lève le 24 ^e jour.	3400	10	Vivant.	Vivant mars 1893	

NUMEROS	DATES	OPÉRATEUR ET LIEU	AGE	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	BASSIN	PRÉSENTATION	INDICATIONS ANTÉRIEURES	ÉCARTEMENT primitif.	INTERVENTION FINALE	ÉCARTEMENT final.	RÉSULTAT POUR LA MÈRE	RÉSULTATS POUR L'ENFANT				OBSERVATIONS
												POIDS	DIAMÈTRE bi-piédal	ÉTAT A LA NAISSANCE	ÉTAT ET POIDS à la sortie	
1	1893 12 janvier	Pinard, clin. Baudelocque.	28	III. pare. 1 ^{er} accouch. antérieur, orceps, enfant mort. — 2 ^e accouch., avortement gemell. 4 mois.	Pr. s. p. 90	O I D T	Disproportion. Pas d'engagement après 2 h. 1/2 de dilatation complète et 15 heures de travail.	45	Forceps.Extraction facile.	47	Guérie, se lève le 30 ^e jour.	3180	80	Mort apparente. Ranimé en 8 minutes.	Vivant, 3980.	
2	1 ^{er} février	id. id.	29	II. pare. 1 ^{er} accouch. 8 m. 1/2 forceps. Enfant petit élevé à la couveuse, mort à 5 ans de diphtérie.	Pr. s. p. 101	O I G T	Disproportion. Pas d'engagement après 1 h. 1/2 de dilatation complète. Liquide vert.	45	Forceps.Extraction facile.	30	Guérie, se lève le 23 ^e jour.	2800	95	Vivant. Crie de suite.	Vivant, 3180.	
3	2 février	id. id.	25	III. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Enfant mort 2 jours après. — 2 ^e accouch. antérieur. Enfant mort à 8 m.	Pr. s. p. 98	O I D T	Disproportion. Liquide vert à la rupture des membres lors de la dilatation complète.	40	Forceps. Extr. fac.	37	Guérie, se lève le 20 ^e jour.	3390	99	Vivant. Crie de suite.	Vivant, 4060.	Accouchement à terme, de propos délibéré. Etait dans le service depuis 1 mois 4 jours.
4	6 février	Lepage, id.	25	Primipare.	Non indiqué	O I G T	Forceps sous chloroforme, 6 minutes de tractions.	35	Forceps. Extr. fac.	50	Guérie, se lève le 24 ^e jour.	2950	90	Vivant. Crie de suite.	Vivant, 3020.	
5	19 mars	Pinard, id.	26	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, forceps. Enfant vivant.	id.	O I D T	Forceps infructueux. 8 minutes de tractions.	50	Forceps. Extr. fac.	55	Guérie, marche le 15 avril.	3900	96	Vivant.	Vivant, 4130, le 18 ^e jour.	La mère est restée nourrice dans le service et l'enfant se porte très bien.
6	23 mars	id. id.	39	III. pare. 1 ^{er} accouch. forceps. Enfant mort. — 2 ^e accouch. provoqué. Enfant mort.	Pr. s. p. 104	O I G T	Disproportion. Modification des bruits du cœur. Liquide vert.	40	Forceps. Extr. fac.	60	Guérie, marche le 15 avril.	3730	99	Mort apparente. Ranimé en 8 minutes.	Vivant, 3790.	Incontinence urinaire. Guérie par l'électr. chez la mère.
7	18 avril	id. id.		V. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Enfant vivant. — 2 ^e accouch. à terme forceps. Enfant mort-né. — 3 ^e accouch. à terme. Enfant vivant. — 4 ^e accouch. à terme. Enfant vivant.	Pr. s. p. 104	O I G T	Membranes rompues depuis 66 heures. Liquide vert, fétide. Bruits du cœur modifiés.	35	Forceps. Extr. fac.	35	Morte le 9 ^e jour de septicémie.	3700	93	Mort apparente. Coloré par le méconium, mais ranimé cependant en 9 minutes.	Vivant, 3790.	
8	19 mai	id. id.	21	Primipare.	Pr. s. p. 87	D T	Membranes intactes.	50	Forceps. Extr. fac.	30	Guérie, se lève le 19 ^e jour.	1700	81	Mort apparente. Ranimé.	Vivant, 2250	
9	15 juin	id. id.	36	VII. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Enfant vivant. — 2 ^e et 3 ^e accouch. à terme. Enfant vivant. — 4 ^e accouch. forceps. Enfant mort. — 5 ^e accouch. à terme Enfant vivant. — 6 ^e accouch. forceps. Enfant vivant.	Pr. s. p. 92	O I G T	Poche des eaux à la vulve avec rectocèle et cystocèle. Rupture utérine à redouter.	50	Forceps.	55	Guérie. Sortie le 31 juillet en état parfait.	3260	101	Vivant.	Vivant, 3600.	
10	11 juillet	Varnier, id.	39	IV. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Craniotomie. — 2 ^e accouch. à terme forceps. Enfant vivant. — 3 ^e accouch. (?). Placenta prævia. Basiotripsie sur l'enfant mort.	Pr. s. p. 105	Transverse.	Version externe. Tête mobile en G T.	50	Forceps.	?	Se lève le 20 ^e jour. Revue en décembre en état parfait.	3770	78	Vivant.	Vivant, 4390.	Symphyséotomie avec le ciseau et le marteau à 1 centimètre de l'articulation.
11	13 août	Lepage, id.		II. pare. 1 ^{er} accouch provoqué. Accouch. gemellaire. 1 Enfant mort-né. 2 ^e enfant meurt peu après l'accouchement.	Pr. s. p. 93	O I G T	Poche des eaux rompue, liquide vert. Bruits du cœur normaux.	?	Forceps.	53	Se lève le 5 septembre et sort guérie le 14 du même mois.	3730	94	Vivant.	Vivant, 3980.	
12	8 septembre	Varnier, id.	22	Primipare.	Pr. s. p. 90	D T	Liquide vert. Bruits du cœur modifiés.	30	Forceps.	42	Se lève le 30 septembre. Sort le 18 en état parfait.	2520	85	Vivant. A crié après 3 minutes.	Vivant, 2930.	La mère est atteinte de luxation coxo-fémorale droite congénitale avec incurvation dorso-lombaire de la colonne vertébrale.
13	15 novemb.	Pinard, id.		Primipare.	Pr. s. p. 103	?	Pas d'engagement et bassin asymétrique.	10 puis 40	Forceps.	65	Guérie. Avec une fistule urinaire.	3170	?	Vivant. Crie après 6 minutes.	Le 31 décembre 3880	Ankylose coxo-fémorale droite.

NUMÉROS	DATE	OPÉRATEUR ET LIEU	AGE	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	BASSIN	PRÉSENTATION	INDICATIONS ET OPÉRATIONS ANTÉRIEURES	ÉCARTÈMENT primitif	INTERVENTION FINALE	ÉCARTÈMENT secondaire	RÉSULTAT POUR LA MÈRE	RÉSULTATS POUR L'ENFANT				OBSERVATIONS
												POIDS	DIAMÈTRE bi-pariétal	ÉTAT A LA NAISSANCE	ÉTAT DU POIDS à la sortie	
1	1892 4 février	Pinard, Paris. Clinique Baudelocque.	37	II. pare. 1 ^{er} accouch., embryotomie rachidienne et basiotripsie.	Pr. s. p. 97	Siège	Accouch. prématuré artificiel. — <i>Symphyséotomie incomplète.</i>	10	Extraction par les pieds, pénible.		Guérie. Se lève le 21 ^e jour. Revue en décembre, état parfait.	3350	98	Mort apparente. Ranimé facilement.	Mort le 3 ^e jour.	Fracture du pariétal postérieur.
2	22 février	id.	21	Primipare.	Aplatin.	O I G T	Pas d'engagement, 3 heures après dilatation complète. 2 applications infructueuses de forceps au détroit supérieur.	30	Forceps. Extraction très facile.	61	Guérie. Se lève le 33 ^e jour. Revue en décembre, état parfait.	2730	97	Vivant.	Vivant, 5970.	
3	23 Mars	id.	30	IV. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, artificiel. Enfant mort-né. — 2 ^e accouch. provoqué, 8 mois. Enfant mort le 3 ^e jour. — 3 ^e accouch. à terme, Enfant vivant, 3220 gr., mort le 15 ^e jour.	Pr. s. p. 90	O I G T	Accouch. prématuré artificiel. Pas d'engagement, 1 heure après dilatation. 3 applications infructueuses de forceps.	48	Forceps. Extraction très facile.	65	Guérie. Se lève le 29 ^e jour. Revue en décembre, état parfait.			Mort apparente. Ranimé facilement.	Vivant, 3000.	L'enfant vit encore en novembre 1893, mais il est hydrocéphale.
4	3 Mai	Varnier, Paris. Clinique Baudelocque.	26	IV. pare. 1 ^{er} accouch. Embryotomie. — 2 ^e accouch. provoqué à 8 mois, version fille de 2400 gr., morte le lendemain. — 3 ^e accouch. provoqué à 8 mois. Basiotripsie.	Pr. s. p. 98	O I G T	Accouch. prématuré artificiel.	30	Forceps. Extraction très facile.	40	Guérie. Se lève le 26 ^e jour. Revue en décembre, état parfait.	2130	82	Mort apparente mais ranimé en 2 minutes. Enfant chéuif.	Mort le 3 ^e jour 1950	L'enfant n'a pas de lésions du crâne. La mort est due à la faiblesse congénitale.
5	27 Mai	Tarnier, Paris. Clinique d'Assas.	31	V. pare. 1 ^{er} , 2 ^e et 3 ^e accouch., Céphalotripsie. — 4 ^e accouch., Basiotripsie.	Pr. s. p. 90	O I D	Accouch. prématuré. Pas d'engagement.	57	Forceps. Extraction très facile.	Incon- nu.	Guérie. Se lève le 26 ^e jour. Revue le 28 juin.	2230	90	Vivant.	Vivant, 2625.	
6	29 juin	Pinard, Paris. Clinique Baudelocque.	32	Primipare.	Pr. s. p. 90	O I G T	Accouch. prématuré artificiel.	35	Forceps. Extraction très facile.	62	Guérie. Se lève le 20 ^e jour. Revue le 28 juin.	2720	94	Vivant.	Vivant, 4000.	
7	7 juillet	id.	23	id.	Pr. s. p. 104	O I G T	id.	10	Forceps. Extraction difficile. 2 applications.	50	Guérie. Se lève le 24 ^e jour. Revue le 28 juin.	3300	100	Vivant.	Vivant, 4340.	
8	30 juillet	Lepage, Paris. Clinique Baudelocque.	26	II. pare. 1 ^{er} accouch. spontané. Enfant vivant.	Pr. s. p. 97	O I G T	Accouch. prématuré. Pas d'engagement. 1 application infructueuse de forceps.	26	Forceps. Extraction facile.	50	Guérie. Se lève le 30 ^e jour. Revue le 28 juin.	4000	95	Mort apparente, mais ranimé après 10 minutes.	Vivant, 4090.	Le liquide amniotique était vert et les bruits du cœur modifiés.
9	29 septemb.	Remy, Nancy. Maternité.	28	Primipare.	Pr. s. p. 85	O I D	Dilatation par le dilatateur 2 trav. Tarnier. 1 application infructueuse de forceps.	dodoigt	Forceps, mais résistance du col.	Incon- nu.	Guérie, mais convalescence longue.	2980	87	Mort apparente. A été ranimé.	Mort 20 h. après	Voir l'observation in extenso dans la thèse.
10	13 décemb.	Budin, Paris. Maternité de la Charité.	30	III. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Enfant macéré. — 2 ^e accouch. provoqué. L'enfant meurt le 7 ^e jour, enfoncement du pariétal.	Pr. s. p. 95	O I G T	Accouch. prématuré artificiel.		Version. Extraction par les pieds. — Forceps sur tête dernière.		Guérie. Se lève le 22 ^e jour.	2850	93	Vivant.	Mort le 13 ^e jour.	Pas de lésions, mais mère syphilitique.
11	15 janvier 1893	Moussou, Bordeaux.	26	II. pare. 1 ^{er} accouch. avec forceps au détroit supérieur. Enfant mort.	Pr. s. p. 100	O I D T	Accouch. prématuré artificiel. Forceps Tarnier au détroit supérieur. 15 minutes sans succès.	50	Forceps Tarnier. Extraction facile.	60	Guérie. Se lève le 30 ^e jour.	3220	100	Meurt après quelques inopérations.	Meurt après quelques inspirations.	Mort due à la fracture des 2 pariétaux pendant la première application de forceps.

NUMÉROS	DATE	OPÉRATEUR ET LIEU	AGE	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	BASSIN	PRÉSENTATION	INDICATIONS ET OPÉRATIONS ANTÉRIEURES	ÉCARTEMENT primitif	INTERVENTION FINALE	ÉCARTEMENT final	RÉSULTAT POUR LA MÈRE	RÉSULTATS POUR L'ENFANT				OBSERVATIONS
												POIDS	DIAMÈTRE bi-patéral	ÉTAT A LA NAISSANCE	ÉTAT ET POIDS à la sortie	
1	1892 22 février	Pinard. Clin. Baudelocque.	21	Primipare.	Aplati	O I G T	Pas d'engagement 3 heures après dilatation complète. 2 forceps infructueux au détroit supérieur.	30	Forceps.Extraction très facile.	65	Guérie, se lève le 33 ^e jour.	4630	93	Vivant.	Vivant, 5970.	
2	15 mai	Duchamp. St-Etienne.	33	Primipare.	Pr. s. p. 75	Sommet	Forceps infructueux au détroit supérieur, malgré des tractions énergiques.	60	Forceps resté appliqué. Extraction facile.	?	Guérie en juillet.	?	105	Mort apparente. Ranimé.	Mort 35 heures après.	Mort attribuée aux tractions trop fortes pratiquées avant la symphyséotomie.
3	8 juin	Ribemont, Paris. Beaujon.	28	Primipare.	Pr. s. p. 83	O I G T	Forceps infructueux.	40	Forceps.Extraction facile.	45	Guérie.	3350	90	Vivant.	Vivant.	
4	11 juin	Porack, Paris. Lariboisière.	25	Primipare.	Pr. s. p. 96	O I D T	Pas d'engagement. Forceps infructueux.	40	Forceps.Extraction très facile.		Guérie. Se lève le 20 ^e jour.	2620	?	Vivant.	Vivant.	
5	29 juin.	Léopold, Dresde.	37	II. pare. 1 ^{er} accouch. Crânio-tomie.	Pr. s. p. 85	O I G	Tête volumineuse. Forceps infructueux.	38	Forceps.Extraction facile.	65	Guérie. Se lève le 23 ^e jour.	3310	97	Mort apparente. Ranimé en 10 minutes.	Vivant.	
6	12 juillet	Lepage, Paris.	28	II. pare. 1 ^{er} accouch., forceps. Enfant vivant.	Tumeur du bassin	O I D T	2 applications de forceps infructueuses, dont 1 sous chloroforme.	?	Forceps.	?	Guérie.			Vivant.	Vivant.	
7	24 juillet	Ribemont, Paris, Beaujon.	30	IV. pare. Pas de renseignements.	Pr. s. p. 102	O I D T	Travail depuis 3 jours, forceps infructueux. Mauvais état général.	25	Forceps.	40	Morte d'infection.	3900	104	Mort apparente. N'a pu être ranimé.		
8	30 juillet	Lepage, Paris. Clinique Baudelocque.	26	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme. Enfant vivant.	Pr. s. p. 97	O I G T	Liquide vert. 1 application de forceps infructueuse.	26	Forceps.Extraction facile.	50	Guérie se lève le 30 ^e jour.	4000	95	Mort apparente. Ranimé en 10 minutes.	Vivant, 4090.	
9	30 septemb.	Ch. Jevett. Brooklyn.	22	Primipare.	Vicié		Tête au détroit supérieur. Depuis 9 heures, forceps infructueux.			25	Guérie.		88	Mort apparente. Ranimé.	Mort 24 heures après.	Mort due à la pression prolongée sur le crâne.
10	1 ^{er} octobre	Pinard, Paris. Baudelocque.		II. pare. 1 ^{er} accouch. gemellaire. Enfants vivants.	Pr. s. p. 100	O I G T	Travail lent. Pas d'engagement. 2 forceps infructueux.	30	Forceps.Extraction facile.	45	Guérie. Se lève le 19 ^e jour.	3220	90	Vivant.	Vivant, 3420.	
11	6 Octobre	id.	28	II. pare. 1 ^{er} accouch. à terme, forceps. Enfant vivant, mort le 27 ^e jour.	Pr. s. p. 100	O I G T	Pas d'engagement 11 heures après un forceps infructueux.	30	Forceps.Extraction facile.	58	Guérie. Se lève le 23 ^e jour.	3750	84	Mort apparente. Ranimé.	Vivant, 4840.	L'opération a été faite malgré l'indication discutable, vu la décollation.
12	8 octobre	Schwartz, Fünfkirchen.	22	III. pare. 1 ^{er} accouch., forceps. Enfant mort. — 2 ^e accouch. Enfant mort, version.	Pr. s. p. 105	Sommet	Forceps infructueux. Version. Forceps tête dernière, décollation. Eclampsie. Temp., 39 ^o ,6.	30	Forceps. La tête sort facilement.	70	Guérie. Se lève la 6 ^e semaine.	3400	100	Mort avant l'intervention.		
13	13 octobre	Ribemont, Paris.	32	IV. pare. 2 enfants macérés. 1 à 8 mois.	Pr. s. p. 100	Sommet	Forceps infructueux.	45	Forceps.Extraction facile.	45	Guérie.	4000	99	Vivant.	Vivant.	
14	27 octobre	Quierel, Marseille.	29	Primipare.	Pr. s. p. 80	O I D T	3 applications infructueuses de forceps.	50	Forceps.Extraction facile.	?	Guérie. Se lève le 21 ^e jour.	3300	100	Vivant.	Vivant.	
15	28 novemb.	Ribemont, Paris.	36	VI. pare. 1 ^{er} accouch. avant terme, 2 jumeaux. 4 à terme. 1 basiotripsie.	Pr. s. p. 90	O I D T	Forceps infructueux.	45	Forceps.	45	Morte le 12 ^e jour.	2900	90	Vivant.	Mort. 17 ^e jour.	La mère et l'enfant sont morts tous deux de pneumonie. L'examen bactériologique a démontré l'existence de pneumocoques chez les deux.
16	31 décemb.	id.	36	II. pare. 1 ^{er} accouch., forceps.	Pr. s. p. 105	O I D T	Forceps infructueux.	65	Forceps.Extraction facile.	65	Guérie.	4280	105	Vivant.	Vivant.	
17	1893 19 mars	Pinard, Paris.	26	II. pare. 1 ^{er} accouch. forceps enfant vivant.	?	O I D T	Forceps infructueux, 8 minutes.	50	Forceps.Extraction facile.	55	Guérie.	3900	96	Vivant.	Vivant.	
18	6 février	Lepage, Paris.	25	Primipare.	?	O I G T	Forceps infructueux sous chloroforme pendant 6 minutes.	35	Forceps.Extraction facile.	50	Guérie. Se lève le 24 ^e jour.	2950	90	Vivant.	Vivant, 3020.	

